

**Richtlinien**  
**des GKV-Spitzenverbandes**  
**über die von den Medizinischen Diensten**  
**für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung**  
**zu übermittelnden Berichte und Statistiken**  
**(Statistik-Richtlinien – StRi)**  
**vom 05.12.2016**

Der GKV-Spitzenverband<sup>1</sup> hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

aufgrund des § 53a Nr. 3 SGB XI

die nachstehenden Richtlinien über die von den Medizinischen Diensten für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu übermittelnden Berichte und Statistiken (Statistik-Richtlinien – StRi) am 05.12.2016 beschlossen.<sup>2</sup> Diese Richtlinien ersetzen die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die von den Medizinischen Diensten für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu übermittelnden Berichte und Statistiken vom 06.02.2012 geändert durch Beschluss vom 09.12.2014.

Die Regelungen der Statistik-Richtlinien werden auch in Zukunft insbesondere an die Änderungen der maßgeblichen Richtlinien wie z.B. die Begutachtungs-Richtlinien oder Qualitätsprüfungs-Richtlinien anzupassen sein.

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband der Pflegekassen nach § 53a SGB XI.

<sup>2</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Richtlinien mit Schreiben vom 27.01.2017 zugestimmt.

## **Inhalt:**

- 1 Allgemeines
- 2 Geltungsbereich
- 3 Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
  - 3.1 Begutachtungsstatistik
  - 3.2 Pflegebericht
  - 3.3 Verfahrensregelungen
    - 3.3.1 Berichtszeitraum und Berichtsfrequenz
    - 3.3.2 Abgabetermine
    - 3.3.3 Statistik- und Berichtsübermittlung
- 4 Qualitätsprüfung
  - 4.1 Qualitätsprüfungsstatistik
  - 4.2 Pflegequalitätsbericht
  - 4.3 Verfahrensregelungen
    - 4.3.1 Berichtszeitraum und Berichtsfrequenz
    - 4.3.2 Abgabetermine
    - 4.3.3 Statistik- und Berichtsübermittlung
5. Inkrafttreten

- Anlage 1: Datensatzbeschreibung zur Begutachtungsstatistik und Pflegeberichterstattung
- Anlage 2 Tabellen der Begutachtungsstatistik
- Anlage 3 Tabellen der Pflegeberichterstattung
- Anlage 4 Datensatzbeschreibungen für die Erstellung der Qualitätsprüfungsstatistik und der Pflegequalitätsberichterstattung ambulant
- Anlage 5 Datensatzbeschreibung für die Erstellung der Qualitätsprüfungsstatistik und der Pflege-Qualitätsberichterstattung stationär
- Anlage 6 Tabellen der Qualitätsprüfungsstatistik nach §§ 114 ff. SGB XI ambulant
- Anlage 7 Tabellen der Qualitätsprüfungsstatistik nach §§ 114 ff. SGB XI stationär

## **1. Allgemeines**

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Pflegekassen und ihre Landesverbände gem. § 53 SGB XI i. V. m. § 217f SGB V bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen. Vor diesem Hintergrund hat er nach § 53a SGB XI für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung u.a. Richtlinien über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken zu erlassen.

Der MDS hat nach § 282 SGB V die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern.

Ziel dieser Richtlinien ist es, im Bereich der Begutachtung und der Qualitätsprüfung eine einheitliche Datenbasis für eine wirksame Planung, Durchführung und Koordinierung der Aufgaben der Medizinischen Dienste und der Pflegekassen zu schaffen.

Für den Bereich der Begutachtung sind die Daten insbesondere für die Begutachtungsstatistik und die Pflegeberichterstattung erforderlich (Ziffer 3.), um die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes hinsichtlich der Pflegegrade zu dokumentieren und die Daten aus dem Begutachtungsgeschehen für eine Pflegeberichterstattung auf einheitlicher Grundlage aufzubereiten. Ebenfalls werden die von den Medizinischen Diensten festgestellte Grad der Pflegebedürftigkeit und die weitergehenden Empfehlungen der Medizinischen Dienste erfasst. Dazu sind die Kriterien festgelegt, zu denen die Begutachtungsstatistik und die Pflegeberichterstattung Daten enthalten. Die auf einheitlicher Grundlage erfassten Informationen ermöglichen es u.a., die Begutachtungsergebnisse der Medizinischen Dienste für den ambulanten und vollstationären Pflegebereich sowie für Leistungen nach § 43a SGB XI und dem Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI getrennt darzustellen.

Für den Bereich der Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff SGB XI sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste in einer Qualitätsprüfungsstatistik zu erfassen und die Daten aus dem Qualitätsprüfungsgeschehen für die Qualitätsberichte auf einheitlicher Grundlage aufzubereiten (Ziffer 4). Die Richtlinie legt dazu die Kriterien fest, die für die Qualitätsberichte und die Qualitätsprüfungsstatistik im Interesse einer einheitlichen und aussagekräftigen Gesamtdarstellung erforderlich sind. In den Qualitätsprüfungen werden neben deren Ergebnissen insbesondere auch die Ergebnisse für die Transparenzberichte erfasst. Die Qualitätsprüfungsstatistik und Qualitätsberichte sollen es ermöglichen, einen Überblick über den Stand der Qualität der Leistungen in den einzelnen Bundesländern zu vermitteln. Darüber hinaus werden die Daten für die Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung herangezogen.

## **2. Geltungsbereich**

Mit diesen Richtlinien werden Regelungen für die von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und dem Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft zu übermittelnden Berichte und Statistiken und die vom MDS aufzubereitenden Statistiken und Berichte für die Bereiche:

- Begutachtungsstatistik und Pflegeberichterstattung
- Qualitätsprüfungsstatistik und Pflegequalitätsberichterstattung nach § 114 ff. SGB XI getroffen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft erfassen die anonymisierten Daten für die oben genannten Statistiken und Berichte in Einzeldatensätzen nach den Anlagen 1, 4 und 5.

Diese Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und den Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft sowie für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen verbindlich (§ 53a SGB XI). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

### **3. Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit**

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft erfassen die anonymisierten Daten für die Begutachtungsstatistik (vgl. Ziffer 3.1) und die Pflegeberichterstattung (vgl. Ziffer 3.2) in Einzeldatensätzen nach der Anlage 1.<sup>3</sup>

#### **3.1 Begutachtungsstatistik**

Die Begutachtungsstatistik dient der Darstellung des formalen Begutachtungsaufkommens eines Berichtsjahres und ermöglicht einen regionalen Vergleich des Begutachtungsgeschehens. In der Begutachtungsstatistik wird die Gesamtzahl der durchgeführten Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aufgeführt. Die Begutachtungen werden nach den Bereichen ambulant, vollstationär und vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) differenziert ausgewiesen.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt differenziert nach den begutachtenden Medizinischen Diensten der Krankenversicherung sowie dem Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft. Insbesondere wird über folgende Punkte berichtet:

- Begutachtungsaufkommen nach Leistungs-, Gutachten- und Untersuchungsart
- Gesamtergebnisse der Pflegebegutachtungen (Pflegegrade)
- Ergebnisse in den Modulen des Begutachtungsinstrumentes
- Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation
- Erledigungsdauer, Untersuchungsort und Profession der Gutachter

Die Ergebnisdarstellung im Einzelnen ergibt sich aus den in Anlage 2 definierten Tabellen.

---

<sup>3</sup> Für das Berichtsjahr 2017 wird einmalig parallel zur Abfrage nach Anlage 1 auch eine Abfrage nach der alten Anlage 1 der alten Statistikrichtlinie durchgeführt. Dabei werden alle Begutachtungen in 2017 erfasst, die in 2017 noch nach altem Recht begutachtet werden (Antragsdatum vor 01.01.2017).

## **3.2 Pflegebericht**

Die Pflegeberichterstattung dient zur Darstellung der bei den Begutachtungen gewonnenen Erkenntnisse zur medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation der Antragsteller und Pflegebedürftigen sowie der demographischen Merkmale in Form einer Statistik und eines erläuternden Textteils. Die durchgeführten Begutachtungen werden nach den Bereichen ambulant und vollstationär differenziert ausgewiesen. Die Ergebnisdarstellung erfolgt differenziert nach den empfohlenen Pflegegraden. Insbesondere wird über folgende Punkte berichtet:

- Alter und Geschlecht der Antragsteller
- Pflegerelevante Vorgeschichte und derzeitige Versorgungssituation
- Pflegebegründende Diagnose
- Module des Begutachtungsinstrumentes
- Zusätzliche versorgungsrelevante Informationen
- Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation

Die Ergebnisdarstellung im Einzelnen ergibt sich aus den in Anlage 3 definierten Tabellen.

## **3.3 Verfahrensregelungen**

### **3.3.1 Berichtszeitraum und Berichtsfrequenz**

Die Begutachtungsstatistik und die Pflegeberichte werden jährlich für den Berichtszeitraum eines Kalenderjahres erstellt. Der MDS hat vorab Plausibilitätskontrollen durchzuführen. Darüber hinaus stellt der MDS dem GKV-Spitzenverband und dem BMG für die Berichtsjahre 2017 und 2018 einen umfassenden Bericht zu den Statistiken und Erfahrungen mit dem Neuen Begutachtungsinstrument zur Verfügung. Die Berichte enthalten jeweils eine Bewertung, ob andere oder zusätzliche statistische Erfassungen aus der Begutachtung erforderlich sind.

### **3.3.2 Abgabetermine**

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft leiten die Daten jahresweise bis spätestens zwei Monate nach Ende des Berichtsjahres an den MDS weiter. Die Datensatzbeschreibung und die Aufbereitung der Daten ergeben sich aus der Anlage 1.

Der MDS übergibt dem GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und dem BMG die Begutachtungsstatistik nach der Anlage 2 aus den bundesweit aufbereiteten Daten spätestens bis 14 Wochen nach Ende des Berichtsjahres.

Die Pflegeberichte nach der Anlage 3 in Form einer Statistik erhalten der GKV-Spitzenverband, die MDK und das BMG spätestens 14 Wochen nach Ablauf des Berichtsjahres. Die Übergabe der textlichen Erläuterung zu den Tabellen erfolgt spätestens 14 Wochen nach Ende des Berichtsjahres.

Den unter 3.3.1 genannten umfassenden Bericht stellt der MDS dem GKV-Spitzenverband und dem BMG spätestens sechs Monate nach Ende des letzten Berichtsjahres zur Verfügung.

Die MDK bereiten die Daten zu landesweiten Statistiken auf und stellen den Landesverbänden der Pflegekassen

- die Begutachtungsstatistik nach der Anlage 2 spätestens zwei Monate nach Ablauf des Berichtsjahres und
- die Pflegeberichterstattung nach der Anlage 3 spätestens drei Monate nach Ablauf des Berichtsjahres

zur Verfügung. Die Begutachtungsstatistik ist für die Landesverbände der Pflegekassen nach Kassenarten zu differenzieren.

### **3.3.3 Statistik- und Berichtsübermittlung**

Der MDS stellt dem GKV-Spitzenverband und dem BMG die Statistiken und Berichte als Word- und Excel-Datei und als PDF-Dokument zur Verfügung. Diese Statistiken sind zusätzlich per sFTP an die Datenannahmestelle des GKV-Spitzenverbandes zu senden. Maßgebend für die Datenübertragung sind die Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen in der jeweils gültigen Fassung (veröffentlicht unter [www.gkv-datenaustausch.de](http://www.gkv-datenaustausch.de)).

Weitergehende Auswertungen, die über diejenigen nach den Anlagen 2 und 3 hinausgehen, können durch den GKV-Spitzenverband veranlasst werden. Über Sonderauswertungen des MDS wird der GKV-Spitzenverband informiert. Regionale Auswertungen der Medizinischen Dienste bleiben davon unberührt.

## **4. Qualitätsprüfung**

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft erfassen die anonymisierten Daten für die Qualitätsprüfungsstatistik (vgl. Ziffer 4.1) und den Pflegequalitätsbericht (vgl. Ziffer 4.2) in Einzeldatensätzen nach den Anlagen 4 und 5.

### **4.1 Qualitätsprüfungsstatistik**

Die Qualitätsprüfungsstatistik weist die Gesamtzahl der Qualitätsprüfungen von ambulanten, vollstationären, teilstationären und Kurzzeitpflegeeinrichtungen aus. Für die Statistik werden alle in der Anlage definierten Mindestprüfinhalte gemäß Anlage I und II der Qualitätsprüfungs-Richtlinien sowie die Skalenwerte der Kriterien, die Skalenwerte und die Noten der Bereiche und des Gesamtergebnisses und bei personenbezogenen Kriterien die Anzahl der einbezogenen Personen entsprechend der Pflege-Transparenzvereinbarungen erfasst. Die zu erfassenden und auszuwertenden Daten sind im Einzelnen in den Anlagen 4 und 5 dieser Richtlinien definiert. Die Ergebnisse werden nach dem erhebenden MDK/Bundesland differenziert. Die Ergebnistabellen beinhalten alle Mindestangaben der QPR.

Die Darstellung der Kriterien der Pflege-Transparenzvereinbarungen erfolgt differenziert nach Bundesland/MDK, Trägerart, Art und Größe der Einrichtung, Zertifizierung der Ein-

richtung und Art der Prüfung. Hierbei werden Minimum, Maximum, arithmetisches Mittel und Median des Skalenwertes ausgewiesen.

Die Ergebnisdarstellung im Einzelnen ergibt sich aus den in Anlagen 6 und 7 definierten Tabellen.

## **4.2 Qualitätsberichte**

Die Qualitätsberichterstattung dient dazu, den Stand und die Entwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich in Deutschland darzustellen und Einblick in die Versorgungssituation der Versicherten zu geben. Grundlage ist die Qualitätsprüfungsstatistik. Dazu beschreibt und bewertet der Pflegequalitätsbericht die Gesamtzahl der Qualitätsprüfungen von ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen differenziert nach der Art der Qualitätsprüfung (Regelprüfung, Anlassprüfung, Wiederholungsprüfung), sowie die in der Qualitätsprüfungsstatistik erfassten Ergebnisse der Qualitätsprüfung und der Ergebnisse der Pflege-Transparenzvereinbarungen.

In den jährlichen Qualitätsberichten werden ausgewählte Ergebnisse der Qualitätsprüfung und der Pflege-Transparenzvereinbarungen zusammengefasst.

In den Pflegequalitätsberichten nach § 114a Abs. 6 SGB XI erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und der Pflege-Transparenzvereinbarungen anhand aller Kriterien (Mindestangaben der QPR).

Die Themen und inhaltlichen Schwerpunkte bzw. Grundlinien der Pflegequalitätsberichte im 3-Jahres-Rhythmus stimmt der MDS mit dem GKV-Spitzenverband ab. Der MDS wird bei der Berichterstattung durch die Medizinischen Dienste unterstützt.

## **4.3 Verfahrensregelungen**

### **4.3.1 Berichtszeitraum und Berichtsfrequenz**

Die Qualitätsprüfungsstatistik einschließlich der Berichte wird jährlich für den Berichtszeitraum eines Kalenderjahres erstellt.

### **4.3.2 Abgabetermine**

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft leiten ihre Daten jährlich bis spätestens zwei Monate nach Jahressende an den MDS weiter. Die Datensatzbeschreibung und die Aufbereitung der Daten ergeben sich aus Anlagen 4 bis 7.

Der MDS übergibt dem GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienste der Krankenversicherung die Qualitätsprüfungsstatistik nach den Anlagen 6 und 7 aus den bundesweit aufbereiteten Daten spätestens bis 14 Wochen nach Ende des Berichtsjahres. Die Berichte zur Qualitätsprüfungsstatistik werden dem GKV-Spitzenverband, den MDK und dem BMG vom MDS spätestens 14 Wochen nach Ende des Berichtsjahres zur Verfügung gestellt.

Für den Pflegequalitätsprüfungsbericht nach § 114a Abs. 6 SGB XI berichten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dem MDS zum 30.06.2017 und danach in Abständen von 3 Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem SGB XI, über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Grundlage für den Pflegequalitätsprüfungsbericht ist die Qualitätsprüfungsstatistik aus den 3 vorangegangenen Jahren. Der MDS führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem GKV-Spitzenverband, dem BMG, dem BMFSFJ sowie dem BMAS und den zuständigen Landesministerien vor.

#### **4.3.3 Statistik- und Berichtsübermittlung**

Der MDS stellt dem GKV-Spitzenverband die Statistiken und Berichte als Word- und Excel-Datei und als PDF-Dokument zur Verfügung. Diese Statistiken sind zusätzlich per sFTP an die Datenannahmestelle des GKV-Spitzenverbandes zu senden. Maßgebend für die Datenübertragung sind die Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen in der jeweils gültigen Fassung (veröffentlicht unter [www.gkv-datenaustausch.de](http://www.gkv-datenaustausch.de)).

Weitergehende Auswertungen, die über diejenigen nach der Anlagen 6 und 7 hinausgehen, können durch den GKV-Spitzenverband bzw. vom MDS veranlasst werden. Über Sonderauswertungen des MDS wird der GKV-Spitzenverband informiert. Regionale Auswertungen der Medizinischen Dienste bleiben davon unberührt.

## **5. Inkrafttreten**

Die Richtlinien treten am 01.01.2017 mit Wirkung für den Berichtszeitraum ab dem Jahr 2017 in Kraft.