



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)347(10)
gel VB zur öffent Anh am
07.06.2021 - ÄA GVWG
04.06.2021



GESUNDHEITSVERSORGUNGSWEITER- ENTWICKLUNGSGESETZ (GVWG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN DER
FRAKTIONEN DER CDU/CSU UND SPD VOM 02.06.2021

4. JUNI 2021

INHALT

VORBEMERKUNG	3
KOMMENTIERUNG ZUM ÄNDERUNGSANTRAG 1	4
I. Änderungsantrag 1 c) § 37 Abs. 8-10 SGB V (neu): „Blankoverordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP)“	4
Absatz 8	4
Absätze 9 und 10	5
II. Änderungsantrag 1 d) § 64d (neu): „Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten“	5
Absatz 1	5
Absatz 2, Nr. 1	6
Absatz 2, Nr. 2	6
Absatz 2, Nr. 3	6
Absatz 2, Nr. 4	7
Absatz 3	7

VORBEMERKUNG

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nimmt zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD vom 02. Juni 2021 im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG, BT-Drs. 19/26822) nachfolgend Stellung.

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

KOMMENTIERUNG ZUM ÄNDERUNGSANTRAG 1

I. ÄNDERUNGSANTRAG 1 C) § 37 ABS. 8-10 SGB V (NEU): „BLANKOVERORDNUNG VON LEISTUNGEN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE (HKP)“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) Rahmenvorgaben zur sogenannten „Blankoverordnung“ für Leistungen der häuslichen Krankenpflege regeln. Dabei sollen Dauer und Häufigkeit für bestimmte Leistungen zukünftig von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften selbst bestimmt werden können. Hierfür sollen die Krankenkassen die darauf entfallenden Ausgaben erfassen und zusammenführen. Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen sollen die finanziellen und versorgungsrelevanten Auswirkungen durch einen Dritten evaluiert werden.

BEWERTUNG

Die „Blankoverordnung“ von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, bei der die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die originäre Zuständigkeit und Verantwortung an Pflegekräfte abgeben würde, widerspricht grundsätzlich der vom KBV/KV-System geforderten und für sinnvoll und sachgerecht gehaltenen Delegation ärztlicher Tätigkeit, bei der die Verantwortung weiterhin bei der Verordnerin oder dem Verordner bleibt. Die KVn und die KBV haben hierzu in der Vertreterversammlung am 3. Mai 2021 klare Grundsätze zur Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen niedergelegt (KBV 2025, Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen, verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Konzept_KBV_2025.pdf).

Der Neuregelungsvorschlag wird in dieser Form abgelehnt.

Wird an dem Gesetzesvorhaben dennoch festgehalten sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

ZU DEN ABSÄTZEN IM EINZELNEN

ABSATZ 8

Aus Sicht der KBV ist es unabdingbar, dass die Indikationsstellung und die Entscheidung, ob und welche behandlungspflegerischen Maßnahmen erbracht werden sollen, der Einschätzung des verordnenden Vertragsarztes obliegt. Denn nur er kann die differentialdiagnostische Begutachtung und ganzheitliche Betrachtung sicherstellen und trägt die Therapieverantwortung. Nur unter diesen Voraussetzungen wäre es möglich, dass die Leistungserbringer bei bestimmten Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbstständig über Dauer und Häufigkeit der ärztlich verordneten Maßnahme entscheiden. Es ist nachvollziehbar, dass es Aufgabe des G-BA sein soll, den Rahmen zur Blankoverordnung zu definieren. Dabei sind analog der Blankoverordnung im Bereich der Heilmittelversorgung auch Fälle zu bestimmen, wann von einer Blankoverordnung aus medizinischen Gründen abgesehen werden kann. Als Normgeber des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie wären mit Einführung der Blankoverordnung zudem Änderungen der Richtlinie verbunden, z.B. welche Angaben auf der Verordnung künftig entfallen würden, die damit zeitgleich umgesetzt werden können. Auch die Vereinbarung und Vorgaben zur Information der verordnenden Ärzte über die erbrachten Maßnahmen sind zwingend erforderlich, um die Risiken einer Fehlversorgung zu reduzieren und eine strukturierte Kommunikation sicherzustellen.

ABSÄTZE 9 UND 10

Die finanziellen und versorgungsrelevanten Auswirkungen auf die Blankoverordnung sollen evaluiert und die darauf entfallenden Ausgaben erfasst und ausgewiesen werden. Allerdings wäre es zweckmäßig und im Sinne des Transparenzgebots angezeigt, wenn analog der Regelung nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V für den Heilmittelbereich, die Abrechnungsdaten veröffentlicht und nicht nur zum Zwecke der Evaluation nach drei Jahren gesammelt werden.

Hierfür wird folgende Anpassung des § 37 Abs. 9 Satz 2 vorgeschlagen:

„[...]Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese ~~Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung~~ kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten **veröffentlicht und dem für den Zweck der Durchführung dieser Evaluierung nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt.**“

II. ÄNDERUNGSANTRAG 1 D) § 64D (NEU): „VERPFLICHTENDE DURCHFÜHRUNG VON MODELLVORHABEN ZUR ÜBERTRAGUNG ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN“

In Modellversuchen soll die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte über längstens vier Jahre erprobt werden. Bei Bewährung der Übernahme können Verträge nach §140a SGB V zur dauerhaften Anwendung geschlossen werden. Rahmenbedingungen für die Übernahme sollen durch KBV, GKV-SV und Pflegeverbänden bis spätestens 1. Januar 2023 vereinbart werden. Bei fehlender Einigung ist ein Schiedsverfahren vorgesehen.

BEWERTUNG

Bestandteil täglicher Versorgung ist die Tätigkeit im Team sowie die Delegation auch ärztlicher Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Fachberufe. Einer gesonderten Regelung zur Substitution ärztlicher Leistung bedarf es daher aus Sicht der KBV nicht. Sollten ärztliche Leistungen substituiert werden, so zeichnen Ärztinnen und Ärzte hierfür nicht verantwortlich mit der Konsequenz, dass sowohl die berufsrechtliche als auch die wirtschaftliche Verantwortung ausschließlich bei den Angehörigen des betreffenden Gesundheitsberufs liegen muss.

Die KVen und die KBV haben in der Vertreterversammlung am 3. Mai 2021 zu diesem Sachverhalt klare Grundsätze zur Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen niedergelegt (KBV 2025, Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen, verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Konzept_KBV_2025.pdf).

Wird an dem Gesetzesvorhaben dennoch festgehalten, sind die nachfolgenden Aspekte zu berücksichtigen:

ZU DEN ABSÄTZEN IM EINZELNEN

ABSATZ 1

Mit der verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen soll, anders als bei der bisherigen für Kassen freiwilligen Durchführung von Erprobungsvorhaben nach §63 3c SGB V, die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegeberufe verbindlich erprobt werden. Unklar bleibt dabei, ob in 16 Bundesländern die gleichen Sachverhalte erprobt werden sollen. Unklar ist auch, wie die Vertreter der Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach Abs. 2 Nr. 4 Rahmenvorgaben für eine interprofessionelle Zusammenarbeit vereinbaren sollen, wenn diese erst Gegenstand einer modellhaften Erprobung sein werden. Nicht näher spezifiziert ist zudem die Durchführung einer Evaluation, gleichwohl in Absatz 3 von einem Evaluationsbericht die Rede ist. Wie in früheren Textierungen des §64d SGB V schon vorgesehen, sollten den Landesvertragspartnern die

Möglichkeiten des §63 SGB V zur Durchführung von Modellprojekten eingeräumt werden, die jetzt vorgenommene Verkürzung auf Modellprojekte nach §63 Abs. 3c ist nicht sachgerecht.

(1) „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch.“

ABSATZ 2, NR. 1

Die Pflegekommission nach § 53 Pflegeberufgesetz soll i.V.m. § 14 Abs. 4 standardisierte Module für die Ausbildung von Pflegekräften entwickeln, die zur Übernahme im Rahmenvertrag nach Abs. 1 vereinbarter ärztlicher Tätigkeiten befähigen. Wie schon in der Gesetzgebung zum Pflegeberufgesetz ist anzumerken, dass die Erarbeitung solcher Module zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten ohne jeglichen Einbezug ärztlicher Institutionen nicht sachgerecht sein kann.

Im Gegenteil ist Voraussetzung für die passgenaue Ausrichtung von Ausbildungsmodulen auf die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten der Einbezug sowohl von individuellen als auch institutionellen ärztlichen Sachverstands. Vor der Genehmigung der standardisierten Module durch die Ministerien sollte deshalb zwingend die Ärzteschaft angehört werden.

Ähnlich wie bei der Entwicklung von Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit kann sich zudem ein zeitlicher Widerspruch ergeben: Die Entwicklung der Ausbildungsmodule durch die Fachkommission nach Pflegeberufgesetz wird für das Jahr 2021 erwartet, bis zum 1. März 2023 soll jedoch schon der Rahmenvertrag zur Durchführung von Modellvorhaben fertig gestellt werden. Selbst wenn der Rahmenvertrag bis zu diesem Zeitpunkt zum Abschluss gebracht werden könnte, würden entsprechend reformierte Ausbildungsgänge bis zum Start der Modellprojekte nach § 64d SGB V noch nicht beendet sein. Die Konsequenz ist, dass Modellvorhaben deshalb erst zeitlich versetzt starten können. Dies konfliktiert jedoch mit der Verkürzung der Modellvorhaben auf 4 Jahre. In Anbetracht der Verknüpfung beider Prozesse, nämlich der Entwicklung des Rahmenvertrags und der Reform der Pflegeausbildung, ist deshalb, sofern an dem Gesetzesvorhaben festgehalten wird, ein Zeitraum von acht Jahren angemessen.

ABSATZ 2, NR. 2

Der Pluralität der verschiedenen Pflegeformen und -anbieter sollte bei den Modellprojekten Rechnung getragen werden. Um diesen Anspruch auch tatsächlich nachhalten zu können, erscheinen Vorgaben zur Evaluation durch die Rahmenvertragspartner sinnvoll.

ABSATZ 2, NR. 3

Vorgaben und Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit müssen vergleichbare Grundsätze für alle die Leistung durchführenden Gesundheitsberufe zugrunde legen und dürfen sich nicht wesentlich unterscheiden. Sollten weniger aufwändige und praktikablere Lösungen gefunden werden, so sind diese auch für die ärztliche Durchführung der gleichen Leistung zu berücksichtigen.

ABSATZ 2, NR. 4

Begrüßt wird die Fokussierung des Rahmenvertrags auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Substitution ärztlicher Leistungen erfordert weitergehende Absprachen und Regelungen im Interesse einer qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung.

Unbenommen der Klarstellung, dass die in Absatz 2 benannten Regelungssachverhalte sämtlich Gegenstand von Erprobungen und keine für sich abschließend gültigen Tatbestände im Sinne zu substituierender Leistungen sind, erscheinen auch Vorgaben zur Evaluation der Modellvorhaben wichtig. Die reine Erwähnung eines Evaluationsberichts in Absatz 3 reicht nicht aus, um die Überführung der erprobten Leistungen in Verträge nach § 140a SGB V zu rechtfertigen.

Entsprechend wird vorgeschlagen, eine Nr. 5 zu ergänzen:

„Vorgaben zur Evaluation der Modellvorhaben“

ABSATZ 3

Die Begrenzung der Modellvorhaben auf vier Jahre scheint, wie weiter oben ausgeführt, in Anbetracht der Abhängigkeit von Prozessen wie der Reform der Pflegeausbildung, die die Rahmenvertragspartner nicht beeinflussen können, nicht sachgerecht. Es wird deshalb, wie bei anderen Modellvorhaben nach § 63 SGB V auch, ein Zeitraum von acht Jahren vorgeschlagen. Begrüßt wird die Fortführung erprobter Übertragungen in den Verträgen nach § 140a SGB V. Dies erlaubt gezieltere Anwendungen ggf. im Kontext regionaler Besonderheiten, als dies bei grundsätzlicher Verankerung in untergesetzlichen Normen möglich wäre. Wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt, bedarf eine generelle Übertragung ärztlicher Tätigkeiten außerhalb spezifischer Versorgungskonstellationen einer expliziten gesetzlichen Grundlage.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1060
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 180.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.