



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG VON INTENSIVPFLEGERISCHER VERSORGUNG UND MEDIZINISCHER REHABILITATION IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (INTENSIVPFLEGE- UND REHABILITATIONSSTÄRKUNGSGESETZ – GKV-IPREG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG VOM 20. MAI 2020

11. JUNI 2020

INHALT

VORBEMERKUNG	3
---------------------	----------

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH	4
--	----------

Nummer 2: § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V - Außerklinische Intensivpflege/ besonders qualifizierte Vertragsärzte	4
Nummer 2: § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V - Regelungsumfang der G-BA-Richtlinie	5
Nummer 4: § 40 SGB V - Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation	6
Nummer 10 – 13: §§ 111 – 111c SGB V – Schaffung einheitlicher Versorgungs- und Vergütungsverträge für Leistungen der medizinischen Rehabilitation	7
Nummer 14: § 132i SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	8

ANLAGE: MUSTERVERTRAG BEATMUNGSPATIENTEN	
---	--

VORBEMERKUNG

Die Regelungen des Regierungsentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz GKV-IPReG) sollen dazu dienen, die Versorgung von Patienten mit Bedarf an Intensivpflege und medizinischer Rehabilitation zu verbessern. Die KBV bedankt sich für die Übernahme von Hinweisen zum Referentenentwurf, die am 5. September 2019 zur Verfügung gestellt wurden.

Im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit außerklinischer Intensivpflege stellt der vorgelegte Gesetzentwurf eine maßgebliche Innovation der Versorgungsstrukturen dar. Im Hinblick auf die Intensivpflege ist der Gesetzentwurf überfällig. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Jahre 2018 darauf hingewiesen, dass die Versorgung von Patienten mit Intensivpflege in vielfacher Hinsicht unzureichend ist. Die im Regierungsentwurf angesprochenen Aspekte der Verordnung, wie auch der Strukturierung des Leistungsangebotes, gehen in die vorgeschlagene Richtung. Regelungen zur Besserstellung stationärer Pflegeeinrichtungen sowie zur verbesserten Überleitung aus dem Krankenhaus in Intensivpflegeeinheiten sind gleichermaßen zu begrüßen.

Im Bereich der Rehabilitation soll der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden. Gleichzeitig werden auf Bundesebene verbindliche Vorgaben für Versorgungsverträge vereinbart und die Vergütungssituation verbessert. Durch die Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts für geriatrische Rehabilitation und die Einschränkung der Ablehnungsmöglichkeiten für die Krankenkassen wird die Verbindlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung und damit der Zugang zu medizinischer Rehabilitation für Versicherte deutlich gestärkt bzw. verbessert.

Abweichend vom Regierungsentwurf sollten die Anforderungen zur Versorgung der außerklinischen Intensivpflege, soweit und solange sie die vertragsärztliche Versorgung betreffen, im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verabschiedet werden. In Anbetracht des demographischen Wandels und des damit verbundenen Versorgungsbedarfs wird darüber hinaus angeregt, eine besonders qualifizierte und koordinierte geriatrische Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung zu etablieren. Weiterhin sieht es die KBV als erforderlich an, dass die Interessen der Vertragsärzte bei der Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 111 Absatz 7 (neu) insoweit gewahrt werden, dass die KBV bei Empfehlungen zur ambulanten bzw. mobilen Rehabilitation beteiligt oder hilfsweise angehört wird. Ambulante Rehabilitation, insbesondere im geriatrischen Bereich, wird auch durch vertragsärztlichen Angebote wohnortnah zur Verfügung gestellt.

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 und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NUMMER 2: § 37C ABSATZ 1 SATZ 4 SGB V - AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE/ BESONDERS QUALIFIZIERTE VERTRAGSÄRZTE

Die Verordnung der Intensivpflege soll durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte erfolgen, die im Falle der kontinuierlichen Beatmung oder Trachetomierung ausweislich der Gesetzesbegründung vorzugsweise insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie, Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie, Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin sein sollen.

Bewertung

Aufgrund der Komplexität der Versorgungsaufgabe bei Patienten, die außerklinischer Intensivpflege bedürfen, wird die Schaffung eines eigenen Anspruches auf außerklinische Intensivpflege in Form des neuen § 37c SGB V außerordentlich begrüßt.

Beatmungspflichtige Patienten bilden sicherlich die größte Gruppe der Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf in dieser sehr heterogenen Patientengruppe. Da nicht alle Ursachen der Organverschlechterung pneumologischen, sondern beispielsweise neurologischen Ursprungs sein können, wird die Erweiterung des Fachgruppenspektrums in der beispielhaften („insbesondere“) Aufzählung in der Gesetzesbegründung begrüßt.

Die hier betroffene Gruppe von Patienten besteht aus schwerstkranken Menschen jeden Lebensalters. Diese haben zum Teil dank intensivmedizinischer Interventionen akute, zuweilen lebensbedrohliche Erkrankungsphasen überlebt oder befinden sich in voranschreitenden oder späten Phasen schwerer chronischer Erkrankungen, wie der Herzinsuffizienz oder der COPD. Abhängig von der Grunderkrankung, der Art und Zahl der Begleiterkrankungen sowie des jeweiligen Gesundheitszustands sind diese Patienten zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen sowie zur Unterstützung der Behandlung zeitweise oder dauerhaft abhängig von implantierten, penetrierenden (z. B. Trachealkanüle, Port) und/oder mit dem Körper verbundenen externen technischen Systemen (z. B. Beatmungsgerät, Zwerchfellstimulator, Infusions-/Spritzenpumpen, Ernährungspumpe, Dialysator, Kunstherz/VAD). Darüber hinaus besteht umfangreicher und individueller Bedarf an pflegerischer Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie nicht zuletzt psychologische Unterstützung der individuellen Bewältigungsarbeit, sowohl für den Patienten selbst, als auch für die Angehörigen. An der vorhergehenden Beschreibung lässt sich erkennen, dass es sich bei intensivpflegerisch betreuten Patienten nicht nur um Menschen mit einer Notwendigkeit der Beatmung handelt, sondern ein weites Spektrum an Erkrankungen und Problemstellungen beachtet werden muss. Insofern wird davon ausgegangen, dass die Regelung auch die Verordnung von Intensivpflege für solche Patienten umfasst, die dann durch Ärzte anderer Fachrichtungen betreut werden. Gerade im Hinblick auf die Multimorbidität der Patienten ist zudem essenziell, dass auch der hausärztlichen Versorgung eine Koordinationsrolle zukommen kann. Entsprechende Erfahrungen bzw. Qualifikationen sind Voraussetzung für eine solche Verordnung.

Dies betrifft beispielsweise auch Hausärzte, die sich in den letzten Jahren besonders in der Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen oder Beatmungs-WGs engagiert haben und dazu beigetragen haben, erste ärztliche Strukturen in diesem Versorgungsbereich aufzubauen. Da viele Patienten mit Intensivpflegebedarf ein komplexes, multimorbides Krankheitsgeschehen aufweisen, sind Hausärzte mit entsprechender Erfahrung wichtige Partner in der Versorgung, um die Behandlung zu koordinieren. Die Beurteilung des Weaningpotenzials nach Absatz 1 Satz 6 ist, aufgrund der Weiterbildungsordnung, selbstverständlich durch einen Facharzt für Lungenheilkunde vorzunehmen. Die KBV bedankt sich für die Übernahme der Hinweise zum Referentenentwurf zu diesem Abschnitt.

NUMMER 2: § 37C ABSATZ 1 SATZ 8 SGB V - REGELUNGSUMFANG DER G-BA-RICHTLINIE

Nach § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie nach § 92 SGB V bis zum letzten Tag des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats den Inhalt und den Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials vorzunehmen.

Bewertung

In der Begründung wird erläutert, dass Inhalt und Umfang der Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer zu beschreiben ist. Die KBV begrüßt diese Regelung, da sie es erlaubt, erstmals den besonderen ärztlichen Versorgungsbedarf für diese Patientengruppe abzubilden. Aufgrund der Komplexität dieser Versorgungsaufgaben bedarf es künftig regionaler Netzwerkstrukturen bestehend aus Haus- und Fachärzten, die geeignet sind, eine leitliniengerechte, qualitätsgesicherte und intensive ärztliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Aus diesem Grund hat die Vertragswerkstatt der KBV bereits im Jahr 2018 in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Pneumologen einen Mustervertrag für ein Versorgungskonzept zur Behandlung von Beatmungspatienten auf der Grundlage von § 140a SGB V entwickelt (siehe Anlage).

Ziel des Konzeptes ist es u. a., durch die qualifizierte Überprüfung des Weaningpotenzials, die Optimierung der Überweisungsabläufe und die Förderung der indikationsgerechten Einweisung in qualifizierte spezialisierte Einrichtungen die Versorgung von Beatmungspatienten und damit die Lebensqualität dieser schwerstkranken Patienten zu verbessern. Die Versorgungsinhalte umfassen insbesondere:

- › Koordination der medizinischen Behandlung von Beatmungspatienten sowie der diese betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
- › leitliniengerechte Versorgung der Patienten unter Einbeziehung der kooperierenden (Fach-)Klinik,
- › bei Bedarf Aufnahme der behandelnden Tätigkeit innerhalb von fünf Werktagen,
- › Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung der Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen des Netzwerks, insbesondere auch mit dem Hausarzt,
- › Behandlung von immobilen Beatmungspatienten in der Häuslichkeit,
- › Beratung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen in der beatmungsmedizinischen Versorgung.

Abhängig davon, welche Patientengruppen versorgt werden sollen, sind nach diesem Versorgungsvorschlag von den Vertragsärzten entsprechende beatmungsmedizinische Qualifikationen und Erfahrungen vorzuweisen. Zudem müssen im Rahmen eines regionalen Netzwerks Kooperationsvereinbarungen mit spezifischen Fachärzten, Hausärzten, stationären Einrichtungen, Pflegediensten sowie Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten geschlossen werden. Die Beschäftigung von pneumologisch qualifiziertem Assistenzpersonal sowie eine grundlegende technische Ausstattung sind ebenfalls erforderlich.

Diese Versorgungsinhalte sollten in der Richtlinie präzise beschrieben werden, um die hier neu entstehenden Strukturen von Anfang an vollständig zu beschreiben. Es handelt sich hier um neue ärztliche Leistungen, die bisher nicht im EBM abgebildet sind, so dass eine Beschlussfassung über die Vergütung im Bewertungsausschuss erforderlich ist.

Mit der Aufnahme des Textierungsvorschlags der KBV zu § 37c Absatz 1 Satz 4 (Gesetzentwurf zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz, RISG) wird diesem dargelegten Erfordernis entsprechend Rechnung getragen.

NUMMER 4: § 40 SGB V - ERLEICHTERUNG DES ZUGANGS ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation soll nicht mehr von der Krankenkasse überprüft werden. Für die Überprüfung der Indikation sollen geeignete Abschätzungsinstrumente von den Vertragsärzten genutzt werden, die in der entsprechenden G-BA-Richtlinie festgelegt werden. Der Krankenkasse sind die Anwendung der Abschätzungsinstrumente nachzuweisen sowie die entsprechenden Ergebnisse zu übermitteln. Bei Indikationen außerhalb der geriatrischen Rehabilitation kann von der Krankenkasse nur noch aufgrund gutachterlicher Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen von der vertragsärztlichen Verordnung abgewichen werden.

Die Entscheidungen der Krankenkassen sollen zukünftig den verordnenden Ärzten, den Versicherten und nach Einwilligung der Versicherten auch Angehörigen oder Vertrauenspersonen übermittelt werden. Hierzu sollen Ärzte die Patienten informieren, die Einwilligung der Patienten einholen und der Krankenkasse des Versicherten übermitteln.

Darüber hinaus soll in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA festgelegt werden, in welchen Fällen Rehabilitationen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.

Bewertung

Die Übertragung der Regelungskompetenz auf den G-BA zur Festlegung der Fälle, bei denen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkassen erbracht werden können, ist zu begrüßen. Rückmeldungen aus der Praxis weisen darauf hin, dass es hier einheitlicher Anspruchsgrundlagen bedarf. Das Genehmigungsverfahren mancher Krankenkassen führt dazu, dass ein nahtloser Übergang in eine Anschlussrehabilitation eben nicht erfolgt.

Es wird weiterhin sehr begrüßt, dass Verordnungen medizinischer Rehabilitation in allen anderen Fällen als einer geriatrischen Rehabilitation nur noch aus medizinischen Erwägungen abgelehnt werden können und dafür ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorliegen muss. Dies beugt einem möglichen Risiko vor, dass der vertragsärztlich festgestellte Bedarf an medizinischer Rehabilitation je nach Kas senlage oder aufgrund formaler Gründe von der jeweiligen Krankenkasse abgelehnt wird.

Die Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts für Verordnungen von medizinischer Rehabilitation aufgrund geriatrischer Indikationen wird im Zusammenhang mit der Regelung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in Bezug auf § 106b Absatz 4 Nr. 3 SGB V ebenfalls begrüßt. Demnach unterliegen Verordnungen von Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Nur so ist sichergestellt, dass die Kosten für verordnete geriatrische Rehabilitation nicht nachträglich von den Krankenkassen beanstandet werden und das Regressrisiko auf die Vertragsärzte übergeht. Damit kann auch die Intention des Gesetzgebers nicht konterkariert werden, da drohende Regresse zu einer restriktiven Ordnungsweise führen würden.

Um den rehabilitativen Behandlungsbedarf adäquat einschätzen zu können, sind bereits heute einige Fachgruppen berechtigt, geriatrische Assessments durchzuführen und nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen. Allerdings unterliegt die Abrechnungsgenehmigung vielfältigen Einschränkungen und bezieht sich längst nicht auf alle Fachgruppen.

Mit der Überarbeitung der Rehabilitations-Richtlinie hat sich der G-BA im Jahr 2015 bewusst dafür entschieden, bei der Verordnung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen keine weitergehenden spezifischen Qualifikationsmaßnahmen vorauszusetzen, so dass jeder Arzt Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnen kann. Damit sollten vorrangig diejenigen Ärzte befähigt werden, Rehaleistungen zu verordnen, die sowohl den Krankheitsverlauf als auch die individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren ihrer Patienten am besten beurteilen können. Darüber hinaus werden Fortbildungsangebote für die verordnenden Vertragsärzte von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

In diesem Zusammenhang käme es einer Verordnungseinschränkung gleich, wenn nun die Verordnungsfähigkeit der geriatrischen Rehabilitation mittelbar nur den Vertragsärzten möglich ist, die auch ein entsprechendes Assessment nach EBM abrechnen dürfen.

Um die durch die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA für alle Vertragsärzte geschaffene Möglichkeit, medizinische Reha-Maßnahmen zu verordnen, aufrecht zu erhalten, ist es erforderlich, unabhängig von den bestehenden Regelungen im EBM ein geriatrisches Assessment zu implementieren, das im Zusammenhang mit der Verordnung von medizinischer Rehabilitation von allen Fachgruppen durchgeführt und abgerechnet werden kann.

Die Verpflichtung der Krankenkasse, die Leistungsentscheidung zukünftig den verordnenden Ärzten, den Versicherten und bedarfsweise auch den Angehörigen oder Vertrauenspersonen zu übermitteln, wird grundsätzlich begrüßt, wobei der ohnehin aufwendige Prozess der Verordnung einer medizinischen Rehabilitation durch die Information des Patienten, die Einholung der Einwilligung und die Übermittlung an die Krankenkassen noch aufwendiger wird.

Vor diesem Hintergrund bedarf es aus Sicht der KBV einer Klarstellung, dass die Einwilligung des Patienten nicht der Schriftform und damit auch keiner gesonderten Unterschrift bedarf. Die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation ist insbesondere im Hinblick auf das Ausfüllen des komplexen Ordnungsformulars sehr zeitintensiv. Dieser Aufwand ist in einer vertragsärztlichen Sprechstunde nicht leistbar, so dass das Ausfüllen der Verordnung in der Sprechstundenfreien Zeit erfolgt. Sollte zukünftig die Schriftform und damit eine Unterschrift des Versicherten notwendig werden, wäre das Ausfüllen der Verordnung in der Sprechstunde erforderlich, was unbedingt vermieden werden sollte. Daher schlägt die KBV folgende Klarstellung vor:

Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 3 SGB V wird wie folgt ergänzt:

*„(3)[...] Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen, und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit. **Die Einwilligung nach den Sätzen 5 und 7 bedarf nicht der Schriftform.**“*

NUMMER 10 – 13: §§ 111 – 111C SGB V – SCHAFFUNG EINHEITLICHER VERSORGUNGS- UND VERGÜTUNGSVERTRÄGE FÜR LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Für die Versorgungs- und Vergütungsverträge sollen einheitliche Grundsätze und Empfehlungen geschaffen werden. Die Vergütung der medizinischen Rehabilitation soll an das gegenwärtige Tarifgefüge angepasst werden und unterliegt nicht der Begrenzung der Grundlohnsummenentwicklung. Durch Schaffung einer Schiedsstelle sollen vertragslose Zustände unterbunden werden.

Bewertung

Die Regelungen werden begrüßt und stellen einen wesentlichen Baustein in der Förderung der Rehabilitation dar. Es ist unverantwortlich, wenn die Umsetzung tarifvertraglicher Löhne zur Belastung der jeweiligen Rehaeinrichtung dergestalt führen, dass sowohl die personelle Ausstattung als auch die Qualität der Versorgung leiden. Da auch Vertragsärzte Anbieter rehabilitativer Leistungen sind wird deren Vertretung in dem für die Entwicklung von Rahmenempfehlungen maßgeblichen Gremium vorgeschlagen.

Wie schon zuvor ausgeführt werden insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation einschlägige Versorgungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt durch vertragsärztliche Praxen wohnortnah älteren Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt. Die besonderen Anforderungen und Bedingungen solcher Einrichtungen werden bislang in dem für die Rahmenempfehlungen normativ vorgesehenen Gremium nach § 111c, Absatz 5 (neu) nicht abgebildet und sind dort nicht repräsentiert. Aus diesem Grunde wird vorgeschlagen, dass in Angelegenheiten der ambulanten oder mobilen Rehabilitation die KBV als für Leistungen der medizinischen Rehabilitation maßgeblicher Verband gewertet wird. Hilfsweise wird die Einräumung eines Stellungnahmerechts vorgeschlagen.

NUMMER 14: § 132I SGB V – VERSORGUNG MIT AUßERKLINISCHER INTENSIVPFLEGE

Der GKV-Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen und der Spitzenorganisationen zur Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten sollen eine Rahmenempfehlung zur außerklinischen Intensivpflege vereinbaren.

Bewertung

Die Strukturierung der außerklinischen Intensivpflege, wie sie in § 132j SGB V angelegt wird, ist ein längst überfälliger Schritt und die darin vorgesehenen Einzelschritte sind zu begrüßen. Insbesondere im Hinblick auch auf die Versorgung in Wohngemeinschaften und in der Häuslichkeit hat sich in den letzten Jahren eine Regelungslücke ergeben, die, so wird es zumindest durch Vertragsärzte berichtet, zu erheblichen qualitativen Unterschieden in der Versorgung von Intensivpflegepatienten geführt hat. Sowohl fehlende Qualitätsvorgaben als auch unausgeschöpfte Weaningpotenziale führen dazu, dass eine sehr aufwändige und ressourcenintensive, aber mitunter ineffiziente Versorgung vorgehalten wird. Wesentlicher Bestandteil dieser Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in Wohngemeinschaften oder vollstationären Pflegeeinrichtungen ist aus Sicht der KBV der regelmäßige, qualifizierte, fachärztliche Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, wie er sich künftig maßgeblich auch durch die Ausstellung von Verordnungen nach § 37c SGB V (neu) ergibt. Da in den zwischen GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste und -einrichtungen zu schließenden Rahmenempfehlungen insbesondere zu den Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt nach § 132j Absatz 2 Nummer 3 SGB V originäre Interessen von Vertragsärzten berührt sind, ist nach Auffassung der KBV nicht nur ein Stellungnahmerecht, sondern ein Einvernehmen mit der Vertretung der Vertragsärzte herzustellen.

Änderungsvorschlag

§ 132j Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

*„(1) ... Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. **Davon abweichend ist zu den Regelungen nach Absatz 2 Nr. 3 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.** Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.“*

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 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.