



GESUNDHEITSVERSORGUNGSWEITER- ENTWICKLUNGSGESETZ (GVWG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN FACHFREMDEN
ÄNDERUNGSANTRÄGEN NR. 3 UND 5 (ART. 1, SGB V) VOM
3. MAI 2021 SOWIE ZUM ÄNDERUNGSANTRAG NR. 31 (ART. 1, SGB V)
VOM 23. APRIL 2021

7. MAI 2021

INHALT

VORBEMERKUNG	3
KOMMENTIERUNG ZU DEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, ART. 1, SGB V, NR. 3 UND 5 AUS DEM PAKET VOM 3. MAI 2021	4
Änderungsantrag Nr. 3, § 37 Abs. 8-10 SGB V (neu): „Blankverordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP)“	4
Bewertung	4
Zu den Absätzen im Einzelnen	4
Absatz 8	4
Absatz 9 und 10	5
Änderungsantrag Nr. 5, § 64d (neu): „Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegekräfte“	5
Bewertung	5
Zu den Absätzen im Einzelnen	5
Absatz 1	5
Absatz 2, Nr. 1	6
Absatz 2, Nr. 2	6
Absatz 2, Nr. 3	6
Absatz 2, Nr. 4	6
Absatz 3	7
KOMMENTIERUNG ZU ÄNDERUNGSANTRAG, ART. 1, SGB V, NR. 31 AUS DEM PAKET VOM 23. APRIL 2021	8
Änderungsantrag Nr. 31 - § 137a des SGB V: Eigenständigkeit von Patientenbefragungen	8

VORBEMERKUNG

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt zu den fachfremden Änderungsanträgen in Art. 1, SGB V, Nr. 3 und 5 vom 3. Mai 2021 im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG, BT-Drs. 19/26822) nachfolgend Stellung.

Ferner möchte die KBV diese Stellungnahme nutzen, um den Änderungsantrag Nr. 31 aus dem Paket der Änderungsanträge vom 23. April 2021 (Art. 1, SGB V, § 137a SGB V – Eigenständigkeit von Patientenbefragungen), ebenfalls eingebracht im Rahmen des GVWG, zu kommentieren und bittet das Bundesministerium für Gesundheit ebenfalls sehr herzlich um Prüfung.

KOMMENTIERUNG ZU DEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, ART. 1, SGB V, NR. 3 UND 5 AUS DEM PAKET VOM 3. MAI 2021

ÄNDERUNGSANTRAG NR. 3, § 37 ABS. 8-10 SGB V (NEU): „BLANKOVERORDNUNG VON LEISTUNGEN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE (HKP)“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in seiner der 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 KVen 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.

ABSATZ 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.**“

ÄNDERUNGSANTRAG NR. 5, § 64D (NEU): „VERPFLICHTENDE DURCHFÜHRUNG VON MODELLVORHABEN ZUR ÜBERTRAGUNG ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN, BEI DENEN ES SICH UM DIE SELBSTSTÄNDIGE AUSÜBUNG VON HEILKUNDE HANDELT, AUF PFLEGEKRÄFTE“

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, anderes 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.

ABSATZ 2, NR. 1

Die Pflegekommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 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 Pflegeberufegesetz 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 Pflegeberufegesetz wird für das Jahr 2021 erwartet, bis zum 1. Januar 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

Anforderungen an die Qualifikation der Pflegefachkräfte sind essenziell und korrespondieren unmittelbar mit den im Rahmenvertrag festgelegten übertragbaren Tätigkeiten. Gegenstand der Erprobung muss deshalb auch die Bewertung der Versorgungsqualität einschließlich des potenziellen Nutzen sein, aber auch des Schadens, der aus der Heilkundeübertragung herrührt.

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

Wie schon zu Abs. 2 ausgeführt, können jenseits allgemeiner Feststellungen keine Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit ausgeführt werden. Deren Wertigkeit wird schließlich erst in der Erprobung nach § 64d SGB V festgestellt. Ähnliches gilt auch für die Nrn. 1-3 des gleichen Absatzes.

Satz 1 Abs. 2 sollte deshalb wie folgt geändert werden:

„Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachkräfte richten sich nach den Vorgaben des Rahmenvertrags nach Absatz 1, Satz 4. Dieser umfasst insbesondere folgende, im weiteren Verlauf zu erprobende Bestandteile“.

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.

KOMMENTERUNG ZU ÄNDERUNGSANTRAG, ART. 1, SGB V, NR. 31 AUS DEM PAKET VOM 23. APRIL 2021

ÄNDERUNGSANTRAG NR. 31 - § 137A DES SGB V: EIGENSTÄNDIGKEIT VON PATIENTENBEFRAGUNGEN

Bisher lautet § 137a Abs. 3 S. 2 SGB V: „Es [Das IQTIG] soll insbesondere beauftragt werden, für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln...“. Nun soll das Wort „ergänzend“ gestrichen werden, um Patientenbefragungen in Verfahren der Qualitätssicherung auch eigenständig, und nicht nur in Verbindung mit anderen Datenerhebungen, nutzen zu können. Dies wäre problematisch, da in der Qualitätssicherung des G-BA gemäß § 137 Abs. 1 SGB V nicht nur die Qualitätsförderung vorgesehen ist, sondern auch die Sanktionierung von Ärztinnen und Ärzten durch z.B. Vergütungsabschläge und durch einrichtungsbezogene Veröffentlichung.

Eine solche Sanktionierung allein auf Basis anonymer Patientenbefragungsergebnisse ohne Rechtfertigungsmöglichkeit der Ärztinnen und Ärzte aufgrund des fehlenden Fallbezuges ist abzulehnen.

Durch die Patientenbefragung alleine kann der geforderte sichere Nachweis eines Qualitätsdefizits, bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall, als Grundlage für eine Sanktionierung nicht geführt werden. Darüber hinaus sind auch die Möglichkeiten der gesetzlich geforderten Risikoadjustierung und der Ergebnisvalidierung bei anonymen Patientenbefragungen stark eingeschränkt, so dass man abschließend feststellen muss, dass die Patientenbefragung in der Qualitätssicherung nur zusammen mit anderen Instrumenten eingesetzt werden kann. Das Wort „ergänzend“ kann keinesfalls gestrichen werden. Die Patientenbefragung ist zwar ein hervorragendes Instrument für das interne Qualitätsmanagement medizinischer Einrichtungen, aber nur mit Einschränkungen für die Qualitätssicherung geeignet. Dem sollte Rechnung getragen werden.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
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.