

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Stärkung der Versorgung
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

(GKV- Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Berlin, 7. November 2014

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen – § 22a SGB V	5
Entlassmanagement – § 39 SGB V	7
Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes Versicherter bei Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40 SGB V	10
Hausarztzentrierte Versorgung – § 73b SGB V	11
Stärkung der Einsatzmöglichkeit von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen delegationsfähiger Leistungen – § 87 Abs. 2a SGB V	12
Innovationsfonds – §§ 92a, 92 b SGB V	14
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen – § 106 b SGB V	16
Verträge zur Versorgung mit Haushaltshilfen, Schiedsperson – § 132 Abs. 1 SGB V	17
Besondere Versorgung – § 140a SGB V	20
Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes – § 279 SGB V	21
Elektronischer Datenaustausch – § 302 SGB V	22
Entwicklung von Modulen zur zusätzlichen Ausbildung durch den GBA – § 4 KrPflG	23

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung in Deutschland wird durch den bpa repräsentiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf enthält einige wichtige Maßnahmen, um die medizinisch-pflegerische Versorgung zu verbessern. Dazu zählen grundsätzlich der neue Anspruch für pflegebedürftige und behinderte Menschen auf Verhütung von Zahnerkrankungen oder das Ordnungsrecht der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements. Allerdings sieht der bpa bei einigen Leistungen auch noch Änderungsbedarf. Konkret schlägt der bpa Folgendes vor:

Das Entlassmanagement muss eng mit den Pflegeeinrichtungen verbunden werden. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass die entlassende Einrichtung auch mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen über ein Entlassmanagement abschließen kann.

Bei den Beteiligungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen die maßgeblichen Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene eingebunden werden. Dies gilt insbesondere für die Mitwirkung an der Richtlinie im Rahmen des neuen Anspruchs auf Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22a SGB V und für die Beteiligung an der Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement (§ 39 SGB V).

Der bpa fordert außerdem das Recht von Pflegeeinrichtungen und deren maßgeblichen Spitzenverbänden auf Bundesebene zur Beantragung von Fördermitteln des Innovationsfonds und eine Beteiligung im Innovationsausschuss.

Die Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten darf nicht nur auf beim Arzt angestellte nichtärztliche Gesundheitsberufe erfolgen. Die Pflegekräfte in den Pflegeeinrichtungen müssen über entsprechende Kooperationen ebenfalls eingebunden werden.

Sowohl bei der Versorgung mit Haushaltshilfe als auch mit häuslicher Krankenpflege sollte als Schlichtungsinstrument eine Schiedsstelle (anstelle einer Schiedsperson) analog der Regelung im SGB XI eingeführt werden. Damit würde mehr Rechtssicherheit geschaffen, die Verfahren würden beschleunigt und die Aufsichten auf Landesebene als auch das Bundesversicherungsamt würden deutlich entlastet werden.

Im Bereich des elektronischen Datenaustausches fordert der bpa, dass die in den Bundesrahmenempfehlungen vorgesehene ausschließliche elektronische Datenübermittlung endlich umgesetzt wird. Krankenkassen, die dies nach Jahrzehnten nicht umsetzen, müssen ebenso behandelt werden wie Pflegeeinrichtungen, die auf der Papierabrechnung beharren und denen ein 5-prozentiger Aufschlag auf die Rechnungen auferlegt wird.

Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen – § 22a SGB V

Artikel 1, Nr. 3, Gesetzesbefehl S. 7, Begründung S. 68

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die zahnmedizinische Prävention für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern, wird für diese Personengruppe ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen.

Der GBA soll das Nähere zu Art und Umfang der Leistungen in Richtlinien regeln.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung grundsätzlich. Mit dem neuen Leistungsanspruch wird an die bereits durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) eingeführten Vergütungsanreize angeknüpft. Pflegeheime haben ein großes Interesse an einer verbesserten heimzahnärztlichen Versorgung. Eine zielführende Regelung dazu setzt allerdings eine aktive und partnerschaftliche Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Versorgung der Heimbewohner voraus. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die erforderliche berufsgruppen- und institutionsübergreifende Kooperation nicht erreicht wird und neben der fehlenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch unnötige Krankenhausaufenthalte und Transporte nur unzureichend vermieden werden können.

Der bpa begrüßt insbesondere, dass die Untersuchungs- und Behandlungsleistungen laut Begründung des Gesetzentwurfs aufsuchend und somit in der eigenen Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden soll. Viele pflegebedürftige, behinderte oder in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkte Menschen sind körperlich oder geistig nicht mehr in der Lage, für die Aufrechterhaltung ihrer Mundhygiene zu sorgen. Vielfach ist es ihnen nur unter großen Anstrengungen oder gar nicht mehr möglich, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen oder den zahnärztlichen Empfehlungen angemessen Folge zu leisten. In der Folge verschlechtert sich der Mundgesundheitsstatus. Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind daher auf zusätzliche Leistungen zur Individualprophylaxe, die in den eigenen vier Wänden oder im Pflegeheim erbracht werden, angewiesen. Aus Sicht des bpa ist sicherzustellen, dass dem aufsuchenden Charakter in der Praxis auch wirklich Rechnung getragen werden, da ansonsten die Regelung ins Leere verläuft. Der Erfolg dieser Regelung hängt davon ab, dass die Zahnärzte auch tatsächlich zu den Pflegebedürftigen nach Hause bzw. ins Pflegeheim kommen werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Pflegepersonen in die Aufklärung und in die Erstellung eines Plans zur Mundpflege einbezogen werden sollen. In der Begründung wird dazu erläutert, dass dabei „die häufig nicht bekannten Zusammenhänge zwischen der Mundgesundheit und der Allgemeingesundheit vermittelt werden“ sollen. Dieses dürfte vorrangig auf die pflegende Angehörige zielen, trifft aber nicht für Pflegefachkräfte zu. Hier wäre eine differenziertere Darstellung in der Gesetzesbegründung wünschenswert, um den Eindruck zu vermeiden, dass Zweifel an der Kompetenz der Pflegekräfte bestehen. Eine solche Aussage würde im Widerspruch zur gewünschten Einbindung der Pflegekräfte bei der Erarbeitung des Mundgesundheitsplanes stehen.

Notwendig ist es aus Sicht des bpa, dass bei der Erarbeitung der Richtlinien durch den GBA auch die maßgeblichen Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen beteiligt werden. In den Pflegeheimen und durch die ambulanten Pflegedienste werden die Maßnahmen zur Mundgesundheit täglich umgesetzt. Sie haben daher ein profundes Wissen um die Probleme und Defizite bei der zahnmedizinischen Versorgung. Deswegen sieht der Gesetzentwurf auch vor, die Pflegepersonen bei der Erarbeitung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege zu beteiligen. Daher ist es erforderlich, diese Kompetenzen auch bei der Leistungsausgestaltung durch den GBA zu berücksichtigen, indem die maßgeblichen Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen bei der Erarbeitung der Richtlinien einbezogen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 22 a Abs. 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92. **Dabei sind die maßgeblichen Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene einzubeziehen.**

Entlassmanagement – § 39 SGB V

Artikel 1, Nr. 6 Gesetzesbefehl S. 9, Begründung S. 71 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser können mit Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Die Krankenhäuser können Leistungen wie häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittelversorgung oder Soziotherapie für maximal 7 Tage anordnen.

B) Stellungnahme

Zu Recht nimmt sich der Gesetzgeber dieser Problematik an, da in der Praxis das Entlassmanagement bisher oftmals nur unzureichend gelingt. Daher begrüßt der bpa diese Initiative zur Verbesserung der Versorgung an dieser Stelle.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass es die Aufgabe der Krankenkasse sei, im Rahmen des Entlassmanagements gemeinsam mit dem Krankenhaus die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren. Bei pflegebedürftigen Personen, aber auch vielen Patienten sind dies neben den Vertragsärzten insbesondere Pflegeeinrichtungen. Ein typischer Fall für das Entlassmanagement sind beispielsweise Schlaganfallpatienten, die nach der akuten Versorgung im Krankenhaus einer weitreichenden pflegerischen Nachsorge bedürfen, die mit den Angehörigen abgestimmt werden muss. Neben den Fragen, ob die Person weiterhin in der Häuslichkeit verbleiben kann und welche Voraussetzungen hierfür erforderlich sind (z. B. Wohnungsumbau und Hilfsmittel), sind Feldkompetenzen und Quartiersinformationen gefordert, die in der Regel im Krankenhaus nicht vorhanden sind. Die Pflegedienste können dagegen:

- über das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung aufklären,
- bei der Auswahl des geeigneten Einrichtungstyps und der Leistungsauswahl behilflich sein,
- vorab die Umstände in der Wohnung in Augenschein nehmen und mögliche Umbaumaßnahmen initiieren,
- Hilfsmittel besorgen und
- die Arbeitsteilung zwischen Angehörigen und Pflegediensten in der Versorgung klären.

Daher muss das Entlassmanagement eng mit den Pflegeeinrichtungen verbunden werden. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass die entlassende Einrichtung auch mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen Ver-

einbarungen über ein Entlassmanagement abschließen kann. Ein solches Entlassmanagement durch ambulante Pflegedienste hat der bpa bereits im Jahr 2000 zusammen mit einer Pflegekasse im Rahmen der Pflegeberatung nach § 45 SGB XI initiiert. Die Leistungen nach § 45 SGB XI umfassen neben Pflegekursen auch individuelle Schulungen im und Überleitungen aus dem Krankenhaus (Entlassmanagement). Der bpa hat im Rahmen dieses und weiterer Verträge ein flächendeckendes Netz von 3.000 Pflegeberatern nach einem mit den Pflegekassen entwickelten Konzept ausgebildet und im Einsatz. Diese Beratungen und Schulungen gem. § 45 SGB XI werden erfolgreich durch Pflegeeinrichtungen erbracht, die in der Region verankert und bekannt sind. Gerade bei Diagnosen wie Schlaganfall, Krebserkrankungen, Diabetes und Parkinson hat es sich bewährt, die nachsorgende Pflegeeinrichtung bereits im Krankenhaus einzubinden. So kümmert sich der Pflegedienst beispielsweise um den Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, die notwendigen Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch den Hausarzt, informiert über weitere Leistungen der Pflegeversicherung wie den Umbau in der Häuslichkeit und Hilfsmittel. Gleichzeitig profitieren die Krankenhäuser, weil sie entlastet werden, wenn der Pflegedienst die Überleitung übernimmt. Der bpa plädiert deshalb nachdrücklich dafür, in § 39 SGB V auch ein Entlassmanagement durch zugelassene Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen.

Um die vom Gesetzgeber gewünschte Stärkung des Entlassmanagements zu erreichen, ist es aus Sicht des bpa erforderlich, aus der Kann-Vorschrift in § 39 Abs. 1a Satz 2 SGB V wenigstens eine Soll-Vorschrift zu machen: das Krankenhaus kann nicht nur, sondern es soll mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 und mit den nach § 72 Elftes Buch zugelassenen Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen zum Entlassmanagement treffen. In der Regel ist nur so die qualitätsgesicherte Weiterversorgung von pflegebedürftigen Menschen sicherzustellen und eine nahtlose Anschlussversorgung sowie eine kompetente Beratung zu gewährleisten. Damit würde deutlich, dass die Krankenhäuser einen klaren Auftrag haben, entsprechende Vereinbarungen zu schließen. Nur so wird es gelingen, Entlassmanagement – insbesondere für chronisch Kranke und pflegebedürftige Menschen unter Einbeziehung der Strukturen vor Ort und den pflegenden Angehörigen – wirklich flächendeckend umzusetzen. Zugleich muss im Gesetzentwurf klar gestellt werden, dass die Krankenkasse für die Sicherstellung dieser Leistung verantwortlich ist. Die im Gesetzentwurf gewählte Formulierung, dass der Versicherte gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf „Unterstützung“ des Entlassmanagements hat, ist nicht erforderlich.

Der bpa begrüßt außerordentlich, dass Krankenhäuser Leistungen der häusliche Krankenpflege, zur Heil- und Hilfsmittelversorgung oder Soziotherapie künftig für bis zu sieben Tage verordnen können. Insbesondere für Patienten, die am Wochenende entlassen werden, wird es dadurch wesentlich einfacher, die weitere Versorgung zu Hause zu veranlassen und si-

cherzustellen. Für die Pflegedienste bedeutet die Neuregelung mehr Handlungssicherheit. Sie können die Versorgung in der Häuslichkeit und die Einbeziehung des Hausarztes besser vorbereiten.

Beim Rahmenvertrag, der das Ordnungsrecht der Krankenhäuser näher ausgestaltet, sind die maßgeblichen Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene als gleichberechtigter Partner neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft einzubeziehen. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie sollen vom Krankenhaus verordnet werden können, sie werden aber von Pflegediensten erbracht. Um eine praxisgerechte Ausgestaltung des Ordnungsrechts zu gewährleisten, sind deshalb die maßgeblichen Verbände der Pflegedienste entsprechend zu beteiligen.

C) Änderungsvorschlag

§ 39 SGB V Absatz 1a ist wie folgt zu fassen:

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus **soll hierzu** ~~kann~~ mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 **und mit den nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Pflegeeinrichtungen** vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf **Sicherstellung Unterstützung** des Entlassmanagements nach Satz 1. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden. Das Nähere zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und zur Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach den Sätzen 4 und 5, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft **und die maßgeblichen Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. ...

Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes Versicherter bei Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40 SGB V

Artikel 1, Nummer 7, Gesetzesbefehl S. 9, Begründung S. 40

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig können Versicherte eine zertifizierte und medizinische geeignete Einrichtung auch unabhängig davon wählen, ob die Einrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 111 abgeschlossen hat. Entstehende Mehrkosten muss der Versicherte selber tragen.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die Neuregelung zur Streichung der Worte „mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht“ ab. Sie bedeutet keine Stärkung des Wahlrechts des Versicherten, sondern dürfte dazu führen, dass die Krankenkasse immer die billigste Einrichtung vorsieht. Wünscht der Patient dann eine andere Einrichtung, hätte er in jedem Fall die Mehrkosten zu tragen, auch wenn die vom Patienten gewählte Einrichtung einen Vertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen hat und ggf. nur eine höhere Vergütung mit der Krankenkasse vereinbart hat.

Daher spricht der bpa sich für die Beibehaltung der bestehenden Regelung aus.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 wird Nummer a) gestrichen.

Hausarztzentrierte Versorgung – § 73b SGB V

Artikel 1, Nr. 16, Gesetzesbefehl S. 11, Begründung S. 77 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung erweitert den Leistungsumfang der besonderen Versorgungsverträge. Künftig sollen auch Leistungen Gegenstand der Versorgung sein können, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen. Dies umfasst beispielsweise auch Leistungen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die Aufnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37 b SGB V in den Leistungsumfang der Hausarztzentrierten Versorgung entschieden ab. Aus Sicht des bpa dürfen Leistungen, die die gemeinschaftliche Versorgung betreffen, also gleichermaßen ärztliche Leistungen und Leistungen der Pflege umfassen, nicht Gegenstand von Hausarztverträgen sein. Gerade der sensible Bereich der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung lebt von einer reibungslosen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegediensten. Denn nur wenn ärztliche und pflegerische Leistungen aufeinander abgestimmt sind, kann eine optimale Versorgung in der letzten Lebensphase des Versicherten gewährleistet werden. Dies muss auch so bleiben. Es darf nicht dazu kommen, dass die Leistungen der SAPV in die Hausarztverträge nach § 73 b SGB V verschoben werden. Die SAPV-Verträge als gleichberechtigtes Versorgungsinstrument zwischen Ärzten und Pflegediensten haben sich bewährt. Der flächendeckende Ausbau mit SAPV schreitet immer weiter voran. Daher besteht keine Notwendigkeit, diese Leistung in die Hausarztzentrierten Verträge aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 73 Absatz 5 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26 und 37a ~~und 37 b~~ sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat; es dürfen auch Vereinbarungen, die allein die Organisation der Versorgung betreffen, getroffen werden.

Stärkung der Einsatzmöglichkeit von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen delegationsfähiger Leistungen – § 87 Abs. 2a SGB V

Artikel 1, Nr. 24, Gesetzesbefehl S. 15, Begründung S. 86 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Einsatzmöglichkeit von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen delegationsfähiger Leistungen (ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 28 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V) soll gestärkt werden. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, im EBM eine angemessene Vergütung festzulegen.

B) Stellungnahme

Die grundsätzlich gewünschte Delegation von Leistungen zur Entlastung des Arztes kann laut Gesetzentwurf nur an qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfolgen. Dieses richtet sich i.d.R. an nichtärztliche Gesundheitsberufe, die beim Arzt beschäftigt sind. Um die Ärzte nachhaltig zu entlasten und das Potential der Delegation vollständig zu nutzen, setzt sich der bpa dafür ein, dass der Arzt auch an qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe delegieren kann, die Beschäftigte von nach dem SGB V zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind. Dafür sollten gezielt Kooperationen zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden.

Bisher delegiert der Arzt meist an die Medizinische Fachangestellte (MFA). Diese sind jedoch nur bedingt für die Ausübung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen qualifiziert. Die Ausbildung der MFA umfasst insgesamt 840 Unterrichtsstunden, von denen ein nicht unerheblicher Teil auf die Praxisorganisation (Verwaltung) bezieht. Bei der Krankenpflege umfasst alleine die Theorie 2100 Stunden und die Patienten werden bei Diagnostik und Therapie begleitet. Eigenständige Kompetenzen, wie die Prophylaxen in der Pflege, werden den MFA laut Curriculum nicht vermittelt.

Deswegen setzt sich der bpa dafür ein, dass delegationsfähige Leistungen auch an Pflegefachkräfte delegiert werden kann, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erbringen. Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet der Arzt dem Patienten Leistungen der Behandlungspflege, die im Zuge der Delegation von Pflegefachkräften erbracht werden. Diese Delegationsmöglichkeiten sollten erheblich erweitert werden. Damit könnte ein erhebliches Potential zur Entlastung der Ärzte genutzt werden, auf dass angesichts des Arztmangels nicht verzichtet werden kann. Dafür spricht auch, dass die Compliance der Patienten durch die

Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen besser sichergestellt werden kann als durch MFA, da die Pflegekräfte in einem viel engerem, häufig täglichen, Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen stehen, während hingegen eine MFA nur wenige Patientenkontakte im Monat hat. Die Kooperation zwischen Pflegediensten und Ärzten und die hieraus gewonnenen Synergieeffekte waren auch Gegenstand des ersten Modellversuchs in Mecklenburg-Vorpommern (AGNES). Aus Sicht des bpa ist es daher notwendig, dass die Pflegeberufe bei der Ausübung delegationsfähiger Leistungen zwingend mit einbezogen werden. Dieses wäre auch ein wichtiger Beitrag, um die bisher vom Gesetzgeber propagierte Aufwertung der Pflegeberufe in zugelassenen Pflegeeinrichtungen in die Praxis umzusetzen

Im Übrigen steht die Neuregelung im Widerspruch zu den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V. Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PfWG) 2008 hatte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, eine Richtlinie zu entwickeln, die es Angehörigen von Pflegeberufen gestattet, selbständig und eigenverantwortlich ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen. Die Richtlinie gilt seit dem 22.03.2012 und sollte seit dem in Modellversuchen umgesetzt werden. Anstatt darauf aufzubauen, schafft der Gesetzgeber mit der beabsichtigten Ausweitung neue Einsatzmöglichkeiten nur für qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe, die beim Arzt angestellt sind. Dadurch wird die Flexibilisierung zur Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Versorgung erheblich eingeschränkt. Die weitreichende Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten – und damit eine Entlastung insbesondere der Hausärzte – durch Pflegefachkräfte in den Pflegeeinrichtungen rückt damit in weite Ferne.

C) Änderungsvorschlag

Bei der Delegation ist eine Regelung einzufügen, die Kooperationen zwischen Arzt und nach dem SGB V zugelassenen Pflegeeinrichtungen ermöglicht, damit der Arzt auch an qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe delegieren kann, die in diesen Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind.

Innovationsfonds – §§ 92a, 92 b SGB V

Artikel 1, Nr. 29, Gesetzesbefehl S. 18 f. Begründung S. 93 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim Gemeinsamen Bundesausschuss wird ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsförderung geschaffen. Gefördert werden sollen über die bisherige Regelversorgung hinausgehende neue Versorgungsformen, die Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Antragsberechtigt sind Krankenkassen und ihre Verbände, Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen und Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V.

Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet, der die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a festlegt sowie über die eingegangenen Anträge entscheidet. Mitglieder des Innovationsausschusses sind Vertreter des Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht.

B) Stellungnahme

Die Absicht des Gesetzgebers, neue sektorenübergreifende Versorgungsformen zu fördern, begrüßt der bpa. Kritisch ist allerdings zu bewerten, dass die Pflegekassen und die maßgeblichen Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, zu denen auch die nach § 132 a SGBV zugelassenen Pflegedienste gehören, keine Förderung aus den Mitteln des Innovationsfonds beantragen können. In einer immer älter werdenden Gesellschaft wird eine angemessene gesundheitliche Versorgung deutlich stärker geriatrisch und gerontologisch ausgerichtet sein müssen und eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit erfordern. Neue Versorgungsmodelle sind gefragt, die sowohl die ärztliche, die rehabilitative als auch die pflegerische Versorgung einbeziehen. Bereits heute gibt es Best-Practise-Modelle in der Pflege, die unabhängig bzw. in Ergänzung zu bestehenden Kooperationsmodellen mit Ärzten eine gute Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sicherstellen und damit auch die gesetzliche Krankenversicherung erheblich entlasten. Neben dem beabsichtigten sektorenübergreifenden Ansatz wäre auch ein berufsgruppenübergreifender Ansatz wünschenswert. Dadurch würden gute Voraussetzungen

geschaffen die Bereiche Prävention, Rehabilitation, Pflege und Palliativversorgung miteinander zu verzahnen. Daher fordert der bpa, dass auch sowohl die Pflegeeinrichtungen als auch die maßgeblichen Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Antragsteller für eine Förderung sein können. Folgerichtig wäre dann auch eine Beteiligung im Innovationsausschuss zu verankern.

C) Änderungsvorschlag

§ 92 a Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten und auf eine Verbesserung der Versorgung oder eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Pflegekassen, **Pflegeeinrichtungen, maßgebliche Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene**, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, und Patientenorganisationen nach § 140f sein. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

§ 92b Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, **ein von den maßgeblichen Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannter Vertreter** sowie drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit an. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7 gilt entsprechend.

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen – § 106 b SGB V

Artikel 1, Nr. 36, Gesetzesbefehl S. 22, Begründung S. 103

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll ab 2017 die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit allen ärztlich verordneten Leistungen anhand von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene geprüft werden. Das umfasst auch die ärztlich verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

B) Stellungnahme

Der bpa setzt sich dafür ein, dass Verordnungen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege von dieser Regelung ausgenommen werden, da die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V bereits eine Genehmigungspflicht für alle Verordnungen häuslicher Krankenpflege vorsieht. Damit kann die Krankenkasse unverzüglich die Wirtschaftlichkeit der Versorgung kontrollieren. In diesem Verfahren ist zu prüfen, ob die beantragten Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, so dass genehmigte Leistungen der häuslichen Krankenpflege als wirtschaftlich gelten müssen.

Der bpa verweist zudem darauf, dass die Voraussetzungen für die Ausnahme der Heilmittel aus dem Anwendungsbereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege gelten. Denn der Gesetzgeber verweist für die Heilmittel darauf, dass es sich hierbei um „Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf, insbesondere Menschen mit dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen“ handelt. Dieses gilt in entsprechender Weise für multimorbide, oft chronisch kranke Patienten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten.

C) Änderungsvorschlag

(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht

1. ..
2. ...
3. **Verordnungen der nach der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 genehmigten Leistungen der häuslichen Krankenpflege.**

Verträge zur Versorgung mit Haushaltshilfen, Schiedsperson – § 132 Abs. 1 SGB V

Artikel 1, Nr. 49, Gesetzesbefehl S. 26, Begründung S. 111 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen Krankenkassen nunmehr in ihren Satzungen bestimmen, dass sie auch in anderen als den in § 38 Abs. 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringen müssen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist. Außerdem wird in Anlehnung der Regelung in § 132 a SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) eine Schiedsperson als Schlichtungsinstrument eingeführt.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Die Einführung einer Schiedsperson greift eine langjährige Forderung des bpa auf und trägt damit den Erfahrungen in den Verhandlungen zu den Verträgen über die Leistungen der häuslichen Krankenpflege Rechnung. Allerdings kommt es immer wieder zu erheblichen Problemen bei der Bestimmung der Schiedsperson für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. Daher fordert der bpa sowohl bei der Versorgung mit Haushaltshilfe als auch bei der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege eine Schiedsstelle.

Ursache für die Probleme sind die fehlenden gesetzlichen Bestimmungen für die Auswahl und die Arbeit der Schiedsperson. Bevor eine Schiedsperson überhaupt eingesetzt ist, vergehen Monate. Zudem ist häufig für jede Krankenkasse, selbst bei einheitlichen Verträgen auf Landesebene, jeweils eine gesonderte Schiedsperson zu benennen oder die einzelnen Krankenkassen müssen sich schriftlich zur Akzeptanz einer gemeinsamen Schiedsperson erklären. Oftmals kann überhaupt keine Einigung über eine Schiedsperson erzielt werden, so dass dann in vielen Fällen das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig wird. Anzahl und Umfang der im Bundesversicherungsamt vorliegenden Verfahren wegen Nichteinigung auf die Schiedsperson haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen.

Anschauliche Beispiele hierfür sind das seit Ende 2013 laufende Benennungsverfahren einer Schiedsperson im Vergütungsstreit für Leistungen der häuslichen Krankenpflege zwischen den privaten Leistungserbringerverbänden und dem Verband der Ersatzkassen (vdek) in Sachsen-Anhalt, in dem die vom BVA benannte Schiedsperson wegen vorgeblich nicht auskömmlicher Honorierung das Mandat nach zehn Monaten niedergelegt hat. Somit stehen die betroffenen Parteien wieder am Anfang und sehen der

Benennung einer neuen Schiedsperson durch das BVA entgegen. Gleiches gilt für den Fall der Benennung der Schiedsperson durch das zuständige Landesministerium in Brandenburg. Hier wurde die Entscheidung des Ministeriums im letzten Jahr durch das Landessozialgericht Berlin/ Brandenburg (Urteil vom 18.01.2013 – Aktenzeichen L 1 KR 341/11) wegen Missachtung effektiven Rechtsschutzes aufgehoben. Auch der aktuelle Prozess der Benennung einer Schiedsperson für die streitige Frage der Versorgung im intensivpflegerischen Bereich der häuslichen Krankenpflege in Mecklenburg-Vorpommern, der sich bereits weit über ein halbes Jahr hinzieht und beim Bundesverwaltungsamt zu erheblichem zusätzlichem Aufwand geführt haben dürfte, zeigt nachweislich, wie wenig effektiv und zielführend das Instrument der Schiedsperson als Schlichtungsstelle im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Aus diversen weiteren Bundesländern liegen ebenfalls entsprechende Problemanzeigen vor.

Eine Schiedsstelle wie in § 76 SGB XI oder ein Schiedsamt wie in § 89 SGB V würde hier für alle Beteiligten zu größerer Rechtssicherheit führen, die Verfahren beschleunigen und nicht zuletzt das Bundesversicherungsamt erheblich entlasten. Außerdem hätte eine Schiedsstelle im Vergleich zu einer Schiedsperson den großen Vorteil, dass sie lediglich einmal installiert werden müsste und dann ähnlich einer Behörde bei Anrufung unmittelbar tätig werden könnte.

C) Änderungsvorschlag

§ 132 Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige **Schiedsperson Schiedsstelle** festgelegt; **§ 76 Absätze 1 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend**. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine **Schiedsperson Schiedsstelle**, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahren tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen.

§ 132 a Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit

den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige **Schiedsperson Schiedsstelle** den Vertragsinhalt festlegt; **§ 76 Absätze 1 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend**. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine **Schiedsperson Schiedsstelle**, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.

Besondere Versorgung – § 140a SGB V

Artikel 1, Nr. 57, Gesetzesbefehl S. 29 f., Begründung S. 119 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung fasst die bisherigen Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, Verträge über eine besondere ambulante Versorgung zu schließen zusammen. Die Krankenkassen können künftig außerdem weitere Selektivverträge mit den verschiedenen Leistungserbringern abschließen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Sie dient der Vereinfachung der bisherigen Regelungen und strukturiert die verschiedenen vertraglichen Formen der besonderen ambulanten Versorgung. Aus Sicht des bpa muss jedoch sichergestellt sein, dass die bisherigen Möglichkeiten für Pflegedienste und Pflegeheime, Verträge zur Integrierten Versorgung abzuschließen, unverändert bestehen bleiben und der Gestaltungsspielraum der Verträge nicht eingeschränkt wird.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes – § 279 SGB V
Artikel 1, Nr. 66, Gesetzesbefehl S. 31, Begründung S. 279

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird das Entscheidungsgremium des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegebedürftigen Angehörigen sowie der Pflegeberufe erweitert. Diese Gruppe bildet neben Arbeitgeber- und Versichertenvertretern eine dritte Gruppe und ist zu einem Drittel stimmberechtigt.

B) Stellungnahme

Es ist zwar erfreulich, dass die Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im Verwaltungsrat des MDK berücksichtigt werden. Allerdings ist in keiner Weise nachvollziehbar, weshalb Verbände von abhängig Beschäftigten durch ihre Berufsverbände vertreten sein sollen, obwohl Qualität und Quantität der Versorgung durch die vertraglich verpflichteten Institutionen zu gewährleisten ist. Die Trägerverbände der ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, als größte Anstellungsträger von Pflegekräften, bleiben außen vor. Damit bleiben die Interessen von über 25.000 ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen, im Gegensatz zu Berufsverbänden mit einem geringen Organisationsgrad in der Pflege, unberücksichtigt. Der bpa fordert daher die Erweiterung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen auch um Vertreter der maßgeblichen Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.

C) Änderungsvorschlag

In § 279 Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

Ein Drittel des Verwaltungsrats wird von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, **der maßgeblichen Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. ...

Neu: Elektronischer Datenaustausch – § 302 SGB V

Artikel 1, Nr. 72 a

Im Sinne einer Entbürokratisierung setzt sich der bpa seit langem für einen ausschließlich elektronischen Datenaustausch ein. In der Bundesrahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege nach § 132 a SGB V werden die Leistungserbringer und die abrechnenden Kassen zu einer elektronischen Datenübertragung verpflichtet. Doch noch immer wird diese Verpflichtung von vielen Krankenkassen nicht umgesetzt. Außerdem ist das in der Bundesrahmenempfehlung vorgesehene Erprobungsverfahren immer wieder sachgrundlos verlängert. Um hier endlich Fortschritte zu erzielen, unterbreitet der bpa folgenden Vorschlag: Für Krankenkassen, die nicht bis zum 31.12.2015 den elektronischen Datenaustausch mit den Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege umgesetzt haben, wird ein Aufschlag von 5 % auf die Rechnungen fällig. Dies entspricht der Regelung aus § 303 Abs. 3 SGB V, die einen Abschlag von 5 % vorsieht, wenn der Leistungserbringer den nicht elektronischen Datenaustausch zu verantworten hat. Hier muss das gleiche Recht auch auf die Krankenkassen Anwendung finden. Zugleich muss zwingend festgelegt werden, dass mit Einführung des elektronischen Datenaustauschs jede Form von Papierrechnung entfallen muss. Damit würde ein weiteres Problem beseitigt, das derzeit noch besteht: Kassen, die den elektronischen Datenaustausch eingeführt haben, fordern über die sogenannte Erprobungsphase hinaus zwingend auch parallel die Abrechnung per Papier. Hierdurch entsteht doppelte Arbeit und die elektronische Abrechnung führt nicht zur Entbürokratisierung, sondern zu unnötigem zusätzlichen Aufwand und doppelter Arbeit. Das muss dringend beendet werden.

Änderungsvorschlag:

§ 302 Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden. **Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die die Krankenkasse zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch einen pauschalen Rechnungsaufschlag in Höhe von bis zu 5 von Hundert des jeweiligen Rechnungsbetrages zu erstatten.**

Entwicklung von Modulen zur zusätzlichen Ausbildung durch den GBA – § 4 KrPflG

Artikel 9, Nr. 1, Gesetzesbefehl S. 41, Begründung S. 136

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GBA hat künftig die Möglichkeit, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Ausbildungsmodule zu entwickeln, auf die im Falle von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V zurückgegriffen werden kann. Personen, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- oder (Kinder-)Krankenpflege verfügen, können in die Modellvorhaben einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung grundsätzlich, auch wenn eine zügige Entwicklung dieser Module und rasche Umsetzung in die Praxis durch den GBA nicht zu erwarten ist. Bei der Regelung muss sichergestellt werden, dass nach Absolvierung der Module ein unmittelbarer Einsatz in den Modellvorhaben möglich ist, ohne dass es eines weiteren Nachweises von Berufspraxis bedarf. Zudem ist aus Sicht des bpa ein Modul ausreichend. Um eine rasche Umsetzung dieser Regelung zu erreichen, sollte zudem die Möglichkeit eröffnet werden, dass auch Hochschulen und die Ausbildungsträger entsprechende Module entwickeln können. Damit würde auch der GBA entlastet und das Berufs- und Kompetenzfeld schneller gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

Es ist sicherzustellen, dass die standardisierten Ausbildungsmodule auch von Altenpflegekräften gem. § 4 Abs. 7 Altenpflegegesetz genutzt werden können. Daher ist eine analoge Gesetzesänderung auch im Altenpflegegesetz vorzunehmen.

In § 4 Absatz 7 Krankenpflegegesetz werden folgende Sätze eingefügt:

Abweichend von Satz 5 kann der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ohne ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können. **Die standardisierten Module können auch von Hochschulen oder Ausbildungsträgern entwickelt werden.** Die Genehmigung der standar-

disierten Module nach Satz 8 erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.