



STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG ZUM REFERENTENT- ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DES PFLEGEPERSONALS

(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz PpSG)

6. JULI 2018

1. § 87 Absatz 2a Satz 17-20 SGB V

Der Ausbau der Videosprechstunde als innovatives Element einer zeitgemäßen Form der Arzt-Patientenkommunikation ist zu begrüßen. Bisherige Limitationen in der Anwendung sowohl struktureller (z. B. Indikationseinschränkung) als auch finanzieller Art sollten insbesondere im Nachgang zur Überarbeitung des Berufsrechtes (Modifikation Fernbehandlungsverbot) beseitigt werden.

Die Videosprechstunde wurde auf der Basis der Vorgaben des eHealth-Gesetzes durch den Bewertungsausschuss zum 1. April 2017 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Die Vorgabe bot dem Bewertungsausschuss seinerzeit einen weitreichenden Gestaltungsspielraum, auf dessen Basis der mit dem vorgelegten Referentenentwurf geforderte weite Umfang bereits hätte erfolgen können. In den seinerzeitigen Beratungen des Bewertungsausschusses scheiterte jedoch ein weiter Umfang für die Anwendung der Videosprechstunde an der Frage nach der Finanzierungsgrundlage.

In der Begründung des vorgelegten Referentenentwurfs geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Ausweitung der Videosprechstunde mit einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag zusätzlich zu fördern ist. Die Verankerung des gesetzlichen Auftrages zur Ausweitung des Umfangs in § 87 SGB V ist nicht verknüpft mit einer Gesetzesvorschrift zur Finanzierung dieser Ausweitung. Dem Bewertungsausschuss ist mit dem vorgelegten Referentenentwurf kein Spielraum gegeben, den Umfang der Anwendung der Videosprechstunde den Erwartungen zum Finanzierungsvolumen des Gesetzgebers anzupassen. Anstelle der Vorgabe an den Bewertungsausschuss, wie der weite Umfang für den Einsatz der Videosprechstunde zu realisieren ist, würde eine Vorgabe zur Finanzierung der Videosprechstunde durch den Gesetzgeber einen zielgerichteten Anreiz bedeuten. Daher wird vorgeschlagen, dem Bewertungsausschuss keine konkrete Regelung vorzugeben, um den Gestaltungsspielraum aufrecht zu erhalten. Der direkte Bezug auf eine aktuelle EBM-Regelung im Gesetzestext erweckt den Eindruck, als ob Detailregelungen der Selbstverwaltungspartner durch den Gesetzgeber selbst bestimmt werden. Im Übrigen ergeben sich hierdurch auch Zweifel an der Bestimmtheit der Regelung. Die in Bezug genommene Regelung ist dem Wandel unterworfen und es ist nicht sicher, dass die Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes noch den gleichen Regelungsinhalt hat, wie zum Zeitpunkt des Entstehens des Referentenentwurfs. Der Eingriff in die Regelungskompetenz anderer Normgeber wirft darüber hinaus auch kompetenz- und verfassungsrechtliche Fragen auf.

Änderungsvorschlag:

Streichung Satz 2 in Artikel 7 Nr. 6. Um die Videosprechstunde als finanziell förderungswürdige Leistung zu qualifizieren, sollte eine Anpassung in § 87a Abs. 3 SGB V erfolgen:

§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V ist nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschusses“ wie folgt zu ergänzen: „und Zuschläge für die Durchführung von Videosprechstunden auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g“.

2. § 119b Abs. 1 Satz 2 SGB V

Die Verkürzung der Vermittlungsfrist auf drei Monate setzt nicht an den Versorgungsproblemen zugrunde liegenden strukturellen Problemen an. Sowohl apparative Erfordernisse insbesondere der fachgebietsbezogenen Diagnostik und Therapie erschweren die Behandlung in den Räumlichkeiten einer Pflegeeinrichtung als auch die für diesen Zweck personelle und räumliche Unterausstattung vieler Pflegeeinrichtungen. Weiterhin wird der Transport von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen durch Krankentransportrichtlinien des GBA als auch einem Mangel an Begleitpersonal häufig verunmöglicht. Ausgerechnet an der Stelle der ohnehin schwerfälligen Einzelvertragslösung Arzt/Pflegeeinrichtung des §119b SGB V anzusetzen, zeigt an, dass eine Lösung der strukturellen Probleme der Versorgung von Pflegeeinrichtungen nicht wirklich angedacht wird. Die KBV plädiert deshalb weiterhin für die Streichung der Einzelvertragslösung, dieser kommt eher die Funktion einer bürokratischen Hürde zu. Erst seit der Einführung finanzieller Anreize ist ein erheblicher Anstieg der ärztlichen Pflegeeinrichtungsbesuche zu verzeichnen, das Potenzial ist jedoch noch nicht im gewünschten Rahmen ausgeschöpft (siehe Anlage). Weitere reglementierende, verpflichtende Maßnahmen können diese Entwicklung eher behindern als erleichtern. Von weitergehender und wesentlicher Bedeutung ist das Angehen ursächlicher, struktureller Probleme. Hierzu gehört die Erleichterung des Krankentransportes in Arztpraxen genau so wie die bessere Verzahnung der Errichtung von Pflegeeinrichtungen mit der ärztlichen Versorgung und schließlich auch die dauerhafte extrabudgetäre Vergütung spezifischer Leistungen. Die damit notwendigerweise einhergehenden Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen sind dabei zu berücksichtigen und abzugelten. Unbenommen davon ist zu prüfen, ob der Rahmen dieser extrabudgetären Vergütung auch auf andere Formen der Heimversorgung wie von Intensivpflegeeinrichtungen, sozialtherapeutischen Einrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder auch private Einrichtungen zu erweitern ist.

3. § 119b Abs. 1 Satz 2a und 2b (neu) SGB V

Telemedizinische Möglichkeiten versprechen ein wesentliches Potenzial für eine verbesserte ärztliche Versorgung von Pflegeeinrichtungen. Die Förderung der Videosprechstunde in Pflegeeinrichtungen und die Etablierung von Schnittstellen der sicheren Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten sind deshalb zu begrüßen.

ANLAGE

Ihre Ansprechpartner:

Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation
Tel.: 030 4005-1036, politik@kbv.de

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 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.