KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

GESETZ ZUR STÄRKUNG DER PFLEGEKOMPETENZ (PFLEGEKOMPETENZGESETZ – PKG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 22. SEPTEMBER 2024

27. SEPTEMBER 2024

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG 3

ZUSAMMENFASSUNG 3

KOMMENTIERUNG 4

ART. 3 NR. 2 SGB V 4

ART. 3 NR. 4 SGB V 4

ART. 3 NR. 8 SGB V 5

ART. 3 NR. 13 SGB V 6

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (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.

ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV begrüßt die Intention des Gesetzgebers mit Blick auf den demografischen Wandel, den Ausbau einer gestuften und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung und damit auch die Weiterentwicklung der Pflegekompetenzen. Aus Sicht der KBV ist es wichtig, keine neuen Schnittstellen zwischen den Professionen oder Doppelungen von Versorgungsangeboten zu schaffen, sondern vielmehr integrierte Versorgungsmöglichkeiten zu fördern.

Deshalb befürworten wir ausdrücklich die Integration der Pflegefachpersonen mit erweiterten heilkundlichen Kompetenzen in der Vertragsarztpraxis durch § 73d SGB V neu. Hierdurch können die Vertragsarztpraxen insbesondere ältere und chronisch kranke Versicherte koordiniert versorgen. Dies stellt einen ersten Schritt zu einem Teampraxismodell dar, in dem weitere Professionen unter ärztlicher Leitung zusammenarbeiten und so der Zugang zur Versorgung für ihre Patientinnen und Patienten verbessert werden kann.

Im Folgenden werden wir ausführlich zu den Änderungen im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch Stellung nehmen.

Zu den Veränderungen des SGB Elftes Buch merken wir folgende Aspekte in Kürze an:

- Die Entwicklung des Scope of Practice für Pflegefachpersonen ist wichtig (§ 8 SGB XI neu) und die Grundlage für die weitere Ausgestaltung der erweiterten Heilkunde. Hierbei sollte die ärztliche Expertise künftig systematisch einbezogen werden, um die Zusammenarbeit zwischen den Professionen und die Akzeptanz der Übernahme der erweiterten Heilkunde von Pflegefachpersonen zu fördern.
- Die Sicherstellung der Pflege ist Aufgabe von Ländern und Kommunen (§ 73a SGB XI neu), deren Beitrag zur Verbesserung der Pflegesituation essenziell für den Erfolg der Reform ist.
- Die Anstellung von Einzelpflegekräften bei Pflegekassen zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages (§ 69 Abs. 2 SGB XI neu) sehen wir aus grundsätzlichen Erwägungen kritisch, da die Kostenträger- und die Leistungserbringerfunktion zur Vermeidung von Interessenskollisionen nicht vermischt werden sollten.
- Bei der Förderung regionaler Netzwerke zur Versorgung von Pflegebedürftigen (§ 45e SGB XI neu) sollte auch die Zusammenarbeit mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten berücksichtigt werden.
- Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass das Gesetz mit zusätzlichen Leistungen mehr Anreize für innovative Versorgungsformen im Quartier schaffen möchte (§ 45h SGB XI ff). Hierbei ist aber auch die Notwendigkeit einer guten Anbindung an die ärztliche Versorgung mitzudenken, z. B. über die Ergänzung im § 119b SGB V.

KOMMENTIERUNG

ART. 3 NR. 2 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

In § 15a SGB V werden die pflegerischen und heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen, d. h. auch pflegerische Vorbehaltsaufgaben im SGB V verankert.

Bewertung

Es ist folgerichtig, diese Leistungen im SGB V zu verankern. Die Qualifikationsanforderungen bleiben allerdings zu unbestimmt, da unter anderem nicht nachvollziehbar ist, was in § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes in der Fassung vom 1. Januar 2025 geregelt ist und bei der Erwähnung der erweiterten heilkundlichen Leistungen der Bezug zu § 73d SGB V fehlt. Die Berücksichtigung von gleichwertigen Qualifikationen für die Erbringung der erweiterten heilkundlichen Leistungen sollte alle äquivalenten Qualifikationen, wie zum Beispiel auch die des Physician Assistant, grundsätzlich berücksichtigen können. Wünschenswert ist, die Erläuterungen in der Begründung zur Selbständigkeit inklusive der haftungsrechtlichen Verantwortung und der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebot auch in den Gesetzestext aufzunehmen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Verweis zu § 73d SGB V neu und Klarstellung der Verantwortlichkeiten

ART. 3 NR. 4 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

In § 33 erfolgt eine leistungsrechtliche Klarstellung, wonach Folgeverordnungen von Hilfsmitteln durch qualifizierte Pflegefachpersonen vertragsärztlichen Verordnungen gleichgestellt werden.

Bewertung

Die rechtliche Klarstellung wird begrüßt. Damit werden einerseits die Rechte der Pflegefachpersonen gestärkt, anders als in Verbindung mit bisherigen Regelungen zu Pflegehilfsmitteln, nicht nur Empfehlungen auszusprechen, sondern die medizinische Notwendigkeit zur Erforderlichkeit einer Folgeversorgung selbst einschätzen zu können. Die Ergänzung stellt jedoch auch klar, dass die damit verbundenen vertragsärztlichen Pflichten ebenfalls einhergehen, wie das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V, das insbesondere im Verordnungswesen besondere Relevanz hat.

Die Klarstellung tangiert allerdings nur Pflegefachpersonen, die außerhalb eines vertragsärztlichen Anstellungsverhältnisses tätig sein werden, dass laut Gesetzesbegründung jedoch nicht der Regelfall sein wird. Sofern Folgeverordnungen von Hilfsmitteln durch qualifizierte Pflegefachpersonen außerhalb der Vertragsarztpraxen erfolgen, bedürfte es noch verbindlicher Vorgaben zur Information der initiierenden Vertragsärzte, um sicherzustellen, dass keine unnötige Bürokratie durch Doppelverordnungen erzeugt wird. Zudem müssten Reglungen zur Verwendung entsprechender Formulare und zur Einbeziehung bei der Digitalisierung der Informationswege vorgesehen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Klarstellung zur Informationspflicht der initial verordnenden Vertragsärzte durch die verordnenden Pflegefachpersonen

ART. 3 NR. 8 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Spitzenorganisationen nach § 132a Abs. 1 SGB V und die KBV einen Rahmenvertrag schließen, der einen Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen, einen Katalog an Leistungen zur Folgeverordnung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und Regelungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit trifft.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Verankerung der Pflegefachpersonen, die selbständig erweiterte heilkundliche Leistungen in vertragsärztlichen Praxen erbringen. Dies bietet den Vorteil, den Versicherten ein integriertes und erweitertes Versorgungsangebot zur Verfügung stellen zu können. Gleichzeitig kann der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin die Koordination sicherstellen. Dies ist ein Baustein zur Entwicklung von multiprofessionellen Teampraxen, in denen unterschiedlich qualifizierte Professionen aufeinander abgestimmt in größerem Umfang und gesteigerter Intensität Patienten versorgen können. Hierfür sind Investitionen (höher qualifiziertes Personal, andere Räumlichkeiten etc.) der Vertragsärzteschaft erforderlich, die entsprechend berücksichtigt werden müssen.

Grundsätzlich ist es sinnvoll, wie in § 73d Abs. 1 SGB V neu festgelegt, zur Erarbeitung der Inhalte des Rahmenvertrages auf den Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V zurückzugreifen**.** Dabei bleiben jedoch viele Aspekte vage und unklar. Für eine einfache Implementation der erweiterten heilkundlichen Leistungen ist es für die Vertragspartner wichtig, auf definierte Qualifikationsniveaus aufbauen zu können und einen Überblick über aktuell verfügbare Qualifikationen zu haben. Eine Berücksichtigung des DQR bietet sich an, hierfür benötigen die Partner die entsprechend aufbereiteten Informationsgrundlagen. Die Aus- und Weiterbildung liegt allerdings in der Hand der Länder.
Die in § 73d Abs. 1 S. 4 SGB neu genannten bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards sind nicht bekannt bzw. nicht systematisch und aktuell erhoben und dokumentiert. Daneben haben die Module der Fachkommission nach § 14a Pflegeberufegesetz neu künftig lediglich empfehlenden Charakter. Grundsätzlich ist die Berücksichtigung von Berufserfahrung sicherlich zweckmäßig, um schon in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen bei Eignung zur Leistungserbringung zuzulassen. Es wird deshalb begrüßt, dass die Partner der Vereinbarung nach § 73d SGB V neu die Voraussetzungen für die Berücksichtigung einschlägiger Berufserfahrung als vergleichbare Qualifikation festlegen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung wird davon ausgegangen, dass Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel im Anstellungsverhältnis tätig sein werden. In diesen Fällen sind sowohl die Wege der Informationsübertragung vom Arzt an die Pflegefachperson (Indikation und Diagnosen zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben) als auch von der Pflegefachperson zum Arzt (Information zu Folgeverordnung) über die Dokumentation in der Arztpraxis sichergestellt.

Sofern jedoch Pflegefachpersonen auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung bzw. außerhalb eines Anstellungsverhältnisses heilkundliche Aufgaben übernehmen und Folgeverordnungen der häuslichen Krankenpflege einschließlich hierfür benötigter Hilfsmittel verordnen sollen, bleibt es unklar, wann, wie und welche Informationen übertragen werden sollen. Im Regelfall liegen in der Arztpraxis im Vorfeld keine

Informationen vor, an welchen Pflegedienst sich die Patienten wenden oder ob sie dort von einer Pflegefachperson behandelt werden, die die erforderlichen Qualifikationen hat. Auch bleibt in diesen Fällen unklar, wo Haftungsgrenzen im Falle von Behandlungsfehlern verlaufen, was ein erheblicher Hemmschuh für die Übertragung heilkundlicher Aufgaben werden würde.

Auch die in der Gesetzesbegründung adressierte Frage zur eigeständigen Entscheidung qualifizierter Pflegefachpersonen über den Einsatz von Wundpräparaten und speziellen Verbandmitteln bedarf genau dazu einer gesetzgeberischen Konkretisierung. Sofern sichergestellt wäre, dass die wundversorgende Pflegeperson mit der Übernahme der Entscheidung über anzuwendende Wundpräparate auch die wirtschaftliche Verantwortung trägt und damit die Haftung übernimmt, wäre die Möglichkeit zur Übertragung dieser Aufgabe aus Sicht der KBV absolut begrüßenswert.

Nach § 73d Abs. 1 SGB V - neu - gelten die erweiterten heilkundlichen Leistungen des Rahmenvertrages zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V mit Inkrafttreten des Pflegekompetenzgesetzes. Bis zum 31. Juli 2025 soll dieser Rahmenvertrag nach § 64d auf Anpassungsbedarf für die Umsetzung in der Regelversorgung überprüft werden. Es empfiehlt sich, erst diese Überprüfung vorzunehmen und dann im Anschluss die Regelungen in Kraft zu setzen. Der Zeitraum zwischen der Umsetzung der Anpassung bis zum 31. September 2025 und der Abschluss des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V bis zum 31. Dezember 2025 ist zu kurz und sollte mindestens ein halbes Jahr betragen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Verlängerung der Fristen jeweils um mindestens 3 Monate
- Berücksichtigung der fehlenden bundeseinheitlichen Aus- und Weiterbildungsstandards und des Berufsrechts
- Klarstellung von Haftungsfragen/Abgrenzung der wirtschaftlichen Verantwortung
- Klarstellung zu den Anforderungen der Informationsübertragung (Indikation/Diagnose gegenüber Pflegepersonen, Verordnungsinformationen gegenüber Vertragsärzten, etc.)

ART. 3 NR. 13 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

In § 119b SGB V werden folgerichtig die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe etc. ergänzt.

Bewertung

Für die aufsuchende vertragsärztliche Versorgung ist es erforderlich, ebenfalls die Versorgung von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen zu ergänzen. Auch sollten Einrichtungen der Eingliederungshilfe und weiterer Wohnstätten für Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Berücksichtigung der ambulant betreuten Wohngruppen sowie der gemeinschaftlichen Wohnformen

› Berücksichtigung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe und weiterer Wohnstätten für Menschen mit Behinderung

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und 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 187.000 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 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises 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.