



Stellungnahme
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(7)
vom 17.09.03
15. Wahlperiode**

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS) ist der Zusammenschluss von neun Organisationen der Pflegeberufe, die Mitglied im Deutschen Caritasverband, im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands oder im Deutschen Roten Kreuz sind.

Die ADS nimmt zum Entwurf des GMG-Modernisierungsgesetzes wie folgt Stellung:

Der nun vorliegende Entwurf enthält aus unserer Sicht zwar entscheidende Verbesserungen gegenüber den ersten beiden Arbeitsentwürfen, er wird jedoch den Zielen der parteiübergreifend entwickelten und hochgelobten Eckpunkte nicht gerecht. Die ursprüngliche Zielsetzung, das Gesundheitssystem komplett zu modernisieren, wurde verlassen. Immerhin wird der Titel des nun vorgelegten Entwurfes seinem Inhalt gerechter. Es geht vorrangig um Verbesserungen für die gesetzlichen Krankenkassen und nachrangig um Veränderungen des Gesundheitssystems. Vor allem werden die traditionellen Strukturen, die angeblich aufgebrochen werden sollten, festgeschrieben, indem das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen im Wesentlichen erhalten bleibt und ihnen darüber hinaus zusätzliche Funktionen der Kontrolle und Sanktionierung übertragen werden.

Leider festigt der Gesetzentwurf auch die einseitig medizinische Sicht von Gesundheit als Fehlen von Krankheit und blendet daher Maßnahmen, die nicht als Folge ärztlicher Verordnung erbracht werden und nicht als GKV-Leistungen abrechenbar sind, völlig aus. Sicherheitshalber bezieht er aber das SGB XI insofern ein, dass er die „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ über ein Artikelgesetz auch dort regelt.

Das zeigt, wie weit verbreitet das Misstrauen des Gesetzgebers (oder der Krankenkassen) gegenüber Pflegediensten ist. Im Übrigen geht der Gesetzesentwurf an keiner Stelle auf den Spagat ein, den ambulante Pflegedienste täglich zwischen den Regelungen des SGB V und SGB XI zu leisten haben.

Die Entscheidung, alle Ausschüsse und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ zusammenzufassen, mag für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung übersichtlicher und leichter steuerbar sein. Dieses wird jedoch wegen der unterschiedlichen Interessen und Aufgaben der bisherigen Gremien kaum zu handhaben sein. Der Aufbau dieser neuen Strukturen wird zu Stagnation bei der Bewältigung der anstehenden Probleme führen. Der Titel des geplanten „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ klingt zunächst leistungserbringer- und professionenübergreifend. Es sollte ursprünglich den dynamischen Prozess sowohl medizinischer als auch pflegerischer Standards gewährleisten. Der Vorschlag, den gemeinsamen Bundesausschuss mit der Gründung des Instituts zu beauftragen und die im Entwurf skizzierten Aufgaben zeigen jedoch, dass die Professionen übergreifende Beteiligung nur bedingt gewollt ist. Die Themenschwerpunkte sind überwiegend auf medizinische Phänomene ausgerichtet und blenden Prävention, Rehabilitation und Pflege weitgehend aus.

Der Gesetzgeber verhält sich inkonsequent, wenn er einerseits die Professionalisierung der Pflegeberufe durch Förderung von Pflegestudiengängen und Forschungsaufträgen vorantreibt, in den neuen Ausbildungsgesetzen ausdrücklich eigenverantwortliche und mitwirkende Aufgaben der Pflegenden postuliert sowie Interdisziplinarität mit anderen Berufsgruppen erreichen will, aber gleichzeitig Strukturen festschreibt, in denen sich dieses Berufsprofil in keiner Weise entwickeln kann.

Nachfolgend nehmen wir zu einzelnen, die Pflegeberufe und die von ihren Leistungen abhängigen Menschen in besonderer Weise betreffenden Paragraphen Stellung:

§ 37 Häusliche Krankenpflege in Verbindung mit § 61 Satz 3 Zuzahlung:

Die ADS begrüßt die Ergänzung in § 37 Absatz 2, nach der Behandlungspflege auch für wohnungslose Menschen gilt.

Die in diesem Entwurf nachgebesserten Zuzahlungsregelungen nach **§ 37 Absatz 5** (Beschränkung der Zuzahlung auf 28 Kalendertage im Jahr, wie bei stationärer Behandlung) sowie die Vorgabe, dass die Zuzahlung an die Krankenkassen zu zahlen ist, wird von uns begrüßt. Allerdings bestehen Bedenken, dass für die häusliche Krankenpflege die Begrenzung auf einen Höchstbetrag von 10,-- EUR pro Tag (wie bei anderen Zuzahlungen) offensichtlich nicht vorgesehen ist.

§ 38 Haushaltshilfe

Hier sollte, wie bei der häuslichen Krankenpflege eine Begrenzung der Zuzahlung auf 28 Tage erfolgen, da beide Leistungen häufig gleichzeitig notwendig sind. (Menschen, die häusliche Krankenpflege benötigen, haben in vielen Fällen keine Angehörigen, die den Haushalt versorgen können).

§ 60 Fahrtkosten

Die Indikation für die Übernahme der Fahrtkosten durch die GKV muss neben zwingenden medizinischen Gründen in besonderen Fällen auch aus zwingenden Gründen pflegerischer Abhängigkeit möglich sein.

§ 65 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten erscheinen grundsätzlich sinnvoll. Allerdings wundert es, dass die unter Abs. 2 aufgeführten Projekte: hausarztzentrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten und die integrierte Versorgung als Beispiele genannt sind. Sie lassen sich wohl allenfalls als preisbewusstes Verhalten einstufen.

§ 67 Elektronische Kommunikation

In die elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung von Daten sind dringend auch pflegebezogene Daten aufzunehmen. Nur auf diese Weise lässt sich die gewünschte fallbezogene Zusammenarbeit realisieren.

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses mag aus Gründen der Parität zwischen den Vertragspartnern und zur gleichmäßigen Verteilung der Kosten sinnvoll erscheinen. Für die inhaltliche Arbeit sind jedoch zur Qualitätssicherung und differenzierten Fachlichkeit Beteiligungen der entsprechenden leistungserbringenden Berufe erforderlich. Insofern sollte § 91 Absatz 8 wie folgt ergänzt werden:

„Die Vertreter ... die an den jeweiligen Beschlüssen nicht mitwirken, haben Mitberatungsrecht.“ Außerdem sind -entsprechend der Regelung in § 137, Abs. 1, Satz 1- die dort genannten Interessenvertretungen an Beschlüssen und Entscheidungen des Gemeinsamen Ausschusses zu beteiligen.

Begründung: Die Beteiligung des Deutschen Pflgerates, dessen Mitgliedsorganisation die ADS ist, erscheint uns insofern wichtig, als alle, unter medizinischen Aspekten getroffenen Entscheidungen, unmittelbare Auswirkung auf pflegerische Leistung und wirtschaftliche Organisation pflegerischer Arbeit haben. Die Entwicklung von Behandlungsprogrammen muss neben evidenzbasierter Medizin immer auch pflegewissenschaftlich begründete Standards im Blick haben, wenn Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Programms oder einer Maßnahme abgewogen werden sollen.

§ 95 Pflicht zur fachlichen Fortbildung

Die ADS begrüßt es außerordentlich, dass grundsätzlich eine Verpflichtung zu fachlicher Fortbildung für alle Gesundheitsberufe vorgeschrieben wird. Dies muss aus unserer Sicht für alle Berufe, unabhängig vom Beschäftigungsort erfolgen.

Nicht nachzuvollziehen ist aus unserer Sicht die ungleiche Verfahrensweise bei Festlegung der Fortbildungsinhalte und Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme. Für die medizinischen Berufe soll die inhaltliche Qualität von den jeweiligen Berufskammern festgelegt werden und der Nachweis wird im niedergelassenen Bereich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft. Dagegen sollen für andere Heilberufe (Heilmittelerbringer, Pflegeberufe) die Fortbildungsinhalte in den Rahmenvereinbarungen mit den Kassen festgelegt werden und außerdem Inhalt der Vertragsverhandlungen sein (§ 125 Heilmittel, § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege).

Wir empfehlen dringend, die Qualität und Quantität der Fortbildungsmaßnahmen durch ein von den Verträgen unabhängiges Gremium aus Berufsexperten festlegen zu lassen und auch die Überprüfung in die Hand der Berufsgruppe zu legen. Das hätte gleichzeitig den Effekt, dass ein aktuelles Berufsregister entstehen könnte, mit dessen Hilfe sich eine Gesundheitsberichterstattung mit realistischen Zahlen aufbauen ließe.

§ 135 Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Wir halten die Konkretisierung und ausdrückliche Verpflichtung der beteiligten Institutionen, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, für nützlich und sinnvoll (Abs. 2, Satz 1, Nr. 1).

§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

Die neue Formulierung macht es möglich, die bestehenden Strukturen des externen, vergleichenden Qualitätsmanagements auch weiterhin zu nutzen. Dies wird im Sinne der Sache seitens der ADS begrüßt.

§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Die unmittelbare Abhängigkeit des geplanten Instituts von den am gemeinsamen Bundesausschuss beteiligten Vertragspartnern birgt die Gefahr, dass berufsgruppen- und disziplinübergreifende Entscheidungen einen einseitigen Schwerpunkt erhalten. Die Beschreibung der Gebiete, auf denen das Institut vorrangig tätig werden soll, verstärkt diesen Eindruck. Unsere diesbezüglichen Bedenken wurden im allgemeinen Teil bereits ausgeführt.

Die ADS empfiehlt dringend, für das Institut eine ähnliche Beteiligungsregelung wie in § 137 vorzusehen, um das breite Spektrum pflegerischer Leistungen bei Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht auszublenden.

§ 139c Finanzierung

Beide vorgestellten Finanzierungsalternativen werden durch Beiträge der Versicherten aufzubringen sein, ob sie nun als Zuschläge oder als Verwaltungskosten berechnet werden.

Da zumindest die Krankenhausleistungen zu einem großen Anteil von der Berufsgruppe der Pflegenden erbracht werden, trägt diese Gruppe implizit in hohem Maße zur Finanzierung des Instituts bei. Dementsprechend sollte sie angemessen an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsentscheidungen beteiligt werden.

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. und mit ihr der Deutsche Pflegerat sind gern bereit, zu den einzelnen Vorschlägen das Gespräch mit den Damen und Herren Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zu führen.

Göttingen, 15.09.2003

Ute Herbst
Vorsitzende