



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gemeinsame Rechtsabteilung

Vorab per E-Mail (ma01.pa14@bundestag.de)

An die
Vorsitzende des
Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
Frau Dr. Martina Bunge, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

*RA Horst Dieter Schirmer
Leiter der Rechtsabteilung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Postfach 12 02 64, 10592 Berlin*

*Tel.: (0 30) 40 05-1701
Fax: (0 30) 40 05-1790
E-Mail: HSchirmer@kbv.de
www.kbv.de*

*Schiff
11. Januar 2008*

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages u.a. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)

Bezug: Ihr Schreiben vom 14.12.2007 – Gz.: PA 14 – 5410-71. Sitzung
hier: Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

im Auftrag des Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, und des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Dr. Andreas Köhler – Vorsitzender –; Dr. Carl-Heinz Müller) übermittle ich die gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu dem oben genannten Gesetzentwurf mit der Bitte um Einbeziehung in die Beratungen des Ausschusses für Gesundheit.

Mit freundlichen Grüßen

Schirmer

Anlage



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

10. Januar 2008

Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung¹
zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG)**

unter Einbeziehung der Stellungnahme des Bundesrates²
und der Gegenäußerung der Bundesregierung³

A. Zusammenfassende Stellungnahme

I. Allgemeines

1. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßen die gesetzgeberische Absicht, bessere Rahmenbedingungen für eine gute Pflegequalität zu schaffen. Soweit es die dabei in Betracht gezogenen Vorschläge angeht, enthalten sie allerdings teilweise kritisierbare Regelungsvorschläge, die insbesondere auf die Schaffung hohen bürokratischen Aufwands und damit möglicherweise auch einer Fehlleitung von Finanzmitteln hinauslaufen. Auch ist in einigen Fällen das Vertrauen darauf, dass ohne Mitwirkung medizinischen und ärztlichen Sachverstands die Entwicklung von Standards für gute Pflege möglich sei, nicht begründet.

¹ BR-Drucks. 718/07 (Beschluss) = Anlage 3 BT-Drucks. 16/7439

² BT-Drucks. 16/7439

³ BT-Drucks. 7486



2. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung konzentrieren sich in ihrer Stellungnahme aber vor allem auf die vorgesehenen Vorschläge zur Änderung des SGB V (Art. 6 des Entwurfs) in Verbindung mit Änderungen einschlägiger Berufsgesetze (Art. 15 und 16 des Entwurfs), welche einen Weg zur Öffnung des Arztvorbehalts in der medizinischen Versorgung beschreiten, der dahin führen soll, dass Angehörige anderer Gesundheitsberufe den Arzt in bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ersetzen sollen. Auch wenn dies ein längerfristiges Ziel ist und sicherlich auch in der Absicht verfolgt wird, entsprechend qualifizierte Personen aus entsprechenden Gesundheitsberufen auszubilden, handelt es sich um eine gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch, vor allem medizinisch fragwürdige Entscheidung. Dafür besteht weder eine Notwendigkeit noch wird damit der Fortbestand der Qualität der medizinischen Versorgung gesichert. Ein solches Konzept widerspricht der Notwendigkeit, diagnostische und therapeutische Entscheidungen und medizinische Indikationen durch einen Arzt bestimmen zu lassen, weil die Diagnose und Behandlung von Krankheiten in einer umfassenden Ausbildung erworbene Erkenntnisse und praktische ärztliche Erfahrungen voraussetzt, in die multifaktorielle, ganzheitliche systemische Kenntnisse einfließen, die von nichtakademischen Gesundheitsfachberufen nicht erwartet werden können. Monokausal strukturierte Behandlungsmodelle erweisen sich regelmäßig als insuffizient, sodass auf eine übergeordnete Diagnosestellungen und verantwortliche ärztliche Behandlungsführung nicht verzichtet werden kann. Im Übrigen wäre die haftungsrechtliche Situation solcher Gesundheitsfachberufsangehörigen, die in rechtlich selbständige Rechtsbeziehungen mit den Versicherten eintreten, eingehend zu analysieren. Dies schließt nicht aus, dass eine mit Hilfe von qualifiziertem Personal ausgeweitete Delegation bestimmter ärztlicher Leistungen – allerdings unter Beibehaltung der ärztlichen Auswahl- und Durchführungsverantwortung - in arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen ausgedehnt werden kann. Dazu enthält auch die Einzelstellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vorschläge. Außerdem arbeitet die Ärzteschaft derzeit an Regelungsvorschlägen zur Verbesserung der Delegationsmöglichkeiten, die allerdings auf dem Grundsatz beruhen, dass auch bei Einschaltung von weiteren fachlich qualifizierten Personen der Arzt die Verantwortung für die Behandlung des Patienten zu übernehmen hat.
3. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung schließen sich der vom Bundesrat in seiner Stellungnahme (Nr. 43b und c) geäußerten Kritik an der jetzigen Finanzierungsform der Pflegeversicherung an. Der Bundesrat weist daraufhin, dass der Aufbau einer kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung im Interesse der Demo-



grafieresistenz die bessere Alternative im Vergleich zu dem jetzigen an Arbeitskosten gekoppelten umlagefinanzierten System ist. Eine frühzeitige Finanzreform für die Pflegeversicherung ist aus der Sicht der Ärzteschaft erforderlich, damit nicht dieselben nachteiligen Finanzierungseffekte, wie sie in der gesetzlichen Krankenversicherung entstanden sind, auch die Pflegeversicherung beeinträchtigen.

II. Kurzstellungnahmen zu Art. 1 (SGB XI)

1. Pflegeberatung (Art. 1 Nr. 4 = § 7a SGB XI)

Aus der Sicht von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erscheint es problematisch, die Zuständigkeit für die Entwicklung von Qualitätsanforderungen ausschließlich den Pflegekrankenkassen zu überantworten. Die Komplexität der Aufgaben erfordert gemeinsam von den beteiligten Sozialversicherungsträgern und Behörden entwickelte Qualitätsanforderungen.

2. Pflegestützpunkte (Art. 1 Nr. 57 = § 92c SGB XI)

Die ärztlichen Spitzenorganisationen bezweifeln, ob die Koordination von Leistungen den Aufbau einer aufwendigen und Finanzmittel verbrauchenden Infrastruktur von Pflegestützpunkten erfordert. Darauf hinzuweisen ist, dass mit dem vorgeschlagenen Konzept auch die hausärztliche Koordinierungsfunktion relativiert wird.

3. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (Art. 1 Nr. 70 = § 113 SGB XI)

Es sollte berücksichtigt werden, dass die Mehrdimensionalität von Pflegebedürftigkeit (physische, psychische, soziale Defizite und Hilfsbedürftigkeit) die Einbeziehung insbesondere geriatrischen und neurologisch-psychiatrischen sowie chirurgischen und dermatologischen Fachverbände, also eine Beteiligung der Ärzteschaft an der Entwicklung der Inhalte der Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich machen.

4. Qualitätsprüfungen (Art. 1 Nr. 72 = § 114 SGB XI)

Der vom Bundesrat vorgeschlagene Verzicht auf Einhaltung der Hygienestandards des Robert-Koch-Instituts (stattdessen: Ersetzung durch eigenen Richtlinien) ist nicht



sinnvoll. Nur bundesweit gültige Standards lassen eine verlässliche und vergleichbare Hygiene-Qualität zu.

III. Kurzstellungnahme zu Art. 6 (SGB V)

1. Versorgungsmanagement (Art. 6 Nr. 3 = § 11 SGB V)

Die Konzentration auf Pflegefachkräfte lässt keine Abgrenzungen zur Kompetenz der Ärzteschaft erkennen. Insbesondere wird übersehen, dass die Hausärzte eine Koordinierungsfunktion haben. Es sollte den verpflichteten Einrichtungen überlassen bleiben, mit welchem Personal sie ein „Entlassungsmanagement“ organisieren.

2. Übertragung von heilkundlichen Kompetenzen auf Angehörigen der im Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz geregelten Berufe (Art. 6 Nrn. 4 und 8 = § 15 und § 63 SGB V)

Die Vorschläge werden aus der Sicht der Ärzteschaft als ungeeignet und teilweise unzulässig abgelehnt (s. auch vorstehend unter I. Allgemeines Nr. 2). Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung schlagen stattdessen Modellvorhaben vor, welche die Delegationsmöglichkeiten von Ärzten durch Übertragung bestimmter Tätigkeiten auf medizinische Fachangestellte erproben. Außerdem müssen die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Einbindung von qualifiziertem Fachpersonal in arztentlastende und arztunterstützende Maßnahmen unter Beibehaltung der ärztlichen Auswahl- und Durchführungsverantwortung auszuweiten. Entsprechende Vorschläge werden in der Einzelstellungnahme unterbreitet.

3. Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen durch angestellte Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Art. 6 Nr. 10 = § 119b –neu-SGB V i.V.m. Art. 13 = § 31 Ärzte-ZV)

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnen die Einführung der Möglichkeit der Ermächtigung von Pflegeeinrichtungen, mit Hilfe eines dort angestellten Arztes Bewohner der Pflegeeinrichtung ärztlich zu versorgen, ab. Dafür besteht keine Notwendigkeit, ganz abgesehen von den damit verbundenen Abgrenzungsschwierigkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung. Als Alternative wird vorgeschlagen, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Verlangen von Pflegeeinrichtun-



gen verpflichtet wird, Kooperationsverträge zu vermitteln.

4. Vorschlag des Bundesrates zu Art. 6 Nr. 12a –neu- = § 136 Abs. 4 –neu- SGB V (regionale Vergütungsvereinbarungen zur Förderung qualitätsgesicherter Leistungen)

Vergütungsabschläge zu vereinbaren sind, welche wiederum die auf Einheitlichkeit bezogene künftige ärztliche Vergütung tangieren. Vergütungsabschläge sind aber mit dem neuen Vergütungssystem nicht vereinbar.

Der Vorschlag wird insofern befürwortet, als er die Möglichkeit einschließt, regionale Qualitätszuschläge einzuführen. Sie können eine weitere Anreizstruktur für Qualität entwickeln. Einzelheiten sollten der regionalen Ausgestaltung überlassen bleiben.

5. Schaffung datenschutzrechtlicher Grundlagen zur Weitergabe von Informationen im Rahmen der Regelung des § 52 SGB V (Art. 6 Nrn. 13 und 15 = § 284 Abs. 1 Satz 1 N. 4, § 194a Abs. 2 –neu- SGB V)

Die Spitzenorganisationen der Ärzteschaft sehen in diesem Regelungsvorschlag einen unnötigen Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und schlagen stattdessen eine Alternative vor (siehe Einzelstellungnahme). Die Mitteilungspflicht der vorgesehenen Art würde zwar eine entsprechende gesetzliche Grundlage schaffen, die es dem Arzt erlauben würde, die Schweigepflicht zu durchbrechen, und es den Krankenkassen gestatten würde, entsprechende Daten zu speichern, um die Leistungskürzungen in die Wege zu leiten; der Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis wird jedoch dem Wertgefüge des Grundgesetzes, wie es das Bundesverfassungsgericht im Hinblick auf die Schweigepflicht des Arztes und das Arzt-Patienten-Verhältnis in dem Beschluss vom 6. Juni 2006 (2 BvR 1349/05) beurteilt hat, nicht gerecht.

IV. Kurzstellungnahme zu Änderungen des Krankenpflegegesetzes und Altenpflegegesetzes (Art. 15 und 16 des Gesetzentwurfs)

Aus den gleichen Gründen, die zur Ablehnung der arzt ersetzenden Modellvorhaben führen, lehnt die Ärzteschaft die entsprechenden Vorschläge zur modellhaften Weiterbildung von Angehörigen der genannten Berufe zu „halbmedizinischen“ Berufsangehörigen mit partieller ausbildungsstättenrelativer Heilkundekompetenz ab. Sie unter-



stützt die entsprechende Ablehnung durch den Bundesrat.

B. Einzelstellungnahme

I. Zu Art. 1 (SGB XI)

Die Stellungnahme konzentriert sich auf folgende Regelungsvorschläge:

1. Art. 1 Nr. 4 = § 7a (Pflegerberatung)

Analog zur Einführung der neuen Leistungsart „Versorgungsmanagement“ gemäß § 11 Abs. 4 SGB V wird ab 1. Januar 2009 (Bundesrat: 1.4.2009 – Nr. 2h ff., S. 6*) ein Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit eingeführt. Das neue Leistungsangebot „Pflegerberatung“ soll von noch auszubildenden Pflegerberatern erbracht werden, deren Qualifikation durch Richtlinien der Pflegekassen oder ersatzweise durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt werden soll. Die Pflegerberater sollen in von den Pflegekassen zukünftig vorzuhaltenden „Pflegerstützpunkten“ angesiedelt werden.

Insgesamt handelt es sich um ein von den Pflegekassen bereitzustellendes, dezidiert beschriebenes Managed Care-Angebot, bei dem

- der Hilfebedarf systematisch erfasst,
- ein individueller Versorgungsplan mit dem im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen erstellt,
- die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen veranlasst,
- die Durchführung des Versorgungsplans überwacht und erforderlichenfalls anpasst sowie
- in besonders komplexen Fallgestaltungen der Hilfeprozess ausgewertet und dokumentiert werden soll.

In Anbetracht der Komplexität dieser Aufgabenstellung, für die insbesondere Pflege-

* DS 718/07 vom 30.11.2007



fachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte mit Zusatzqualifikation eingesetzt werden sollen, erscheint es fragwürdig, die Zuständigkeit für die Entwicklung der Qualifikationsanforderungen ausschließlich den Pflegekassen überantworten zu wollen.

Diese Anregung des Bundesrates (Nr. 2c, S. 4 und Nr. 22, S. 6). Kompetenzen von Sozialarbeitern zu nutzen, halten wir für sachgerecht. Der Vorschlag des Bundesrates (Nr. 26, S. 2), die Beratung auch in Form zugehender Hilfe auszugestalten, ist aus unserer Sicht überzogen.

2. **Art. 1 Nr. 7 = § 10 (Pflegebericht der Bundesregierung)**

Die Berichtspflicht der Bundesregierung über die Situation in der Pflege wird neu gefasst. Wie diese sich bezüglich der Lebenssituation der Pflegebedürftigen von den Berichten des MDK nach § 114a unterscheiden sollen, ist nicht klar.

3. **Art. 1 Nr. 9 = § 18 (Feststellung der Pflegebedürftigkeit)**

Die Neuregelung zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern sollte sicherstellen, dass Kinderärzte oder Gesundheits- und Krankenpfleger nicht bloß fakultativ, sondern obligatorisch in die Begutachtung einbezogen werden.

4. **Art. 1 Nr. 13 = § 30 (Dynamisierung)**

Der Grundsatz einer regelmäßigen Dynamisierung der Leistungen ist begrüßenswert. Ob die dabei gemachten Einschränkungen der tatsächlichen Kostenentwicklung Rechnung tragen, ist fraglich. Wie schon die Änderungen der Dynamisierung der Renten gezeigt haben, wäre theoretisch sogar ein Rückgang der Lohnentwicklung denkbar. Dann müssten auch die Leistungsentgelte in der Pflegeversicherung sinken. Eine Dynamisierungs-Bremse, wie in der Rentenversicherung vorgesehen, ist dem Entwurf zum PflWG nicht zu entnehmen. Allenfalls könnte die Vorschrift einer zweimonatigen Frist als „Bremse“ für eine vorschnelle Rechtsverordnung in diesem Sinne verstanden werden.

5. **Art. 1 Nr. 57 = § 92c (Pflegestützpunkte)**

Zur Sicherstellung des neuen Leistungsangebots „Pflegeberatung“ sollen Pflege- und Krankenkassen gemeinsam zur Errichtung eines flächendeckenden Angebots von „Pflegestützpunkten“ verpflichtet werden. Der „Pflegestützpunkt“ bzw. die in einem



„Pflegestützpunkt“ anzusiedelnden Pflegeberater übernehmen dabei die oben genannten beratenden, organisatorischen und koordinierenden Aufgaben, jedoch keine originär pflegerischen Aufgaben. Ausdrücklich jedoch geregelt ist, dass die Träger Pflegefachkräfte einbinden sollen. Die „Pflegestützpunkte“ können bei einer Pflegeeinrichtung angesiedelt werden, sofern dies nicht zu Wettbewerbsverzerrungen unter den Pflegeeinrichtungen führt. Die Finanzierung der „Pflegestützpunkte“ soll gemeinsam von den Pflegekassen, den Krankenkassen sowie den landesrechtlichen Stellen getragen werden, wobei der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf als der von der Krankenkasse zu tragende Anteil.

Es ist nicht erkennbar, warum zur bloßen Koordination von Leistungen der Aufbau einer flächendeckenden „Pflegestützpunkt“ - Infrastruktur erforderlich sein sollte. Die Etablierung dieser neuen Makrostruktur ausschließlich zum Zweck der Organisation und Verwaltung von Leistungen für Pflegebedürftige dürfte der originär pflegerischen Versorgung beträchtliche Mittel entziehen. Pro 20.000 Einwohner soll ein „Pflegestützpunkt“ eingerichtet werden. Eine Anschubfinanzierung von 45.000,-- Euro pro „Pflegestützpunkt“ soll aus dem Ausgleichsfond von 80 Millionen Euro erfolgen. Die geplanten ca. 4.000 „Pflegestützpunkte“ (bei 80 Mio. Einwohnern) würden aber ca. 180 Millionen Euro Anschubfinanzierung erforderlich machen.

Nicht nur aufgrund des erheblichen Finanzierungsbedarfs, sondern auch, weil die „Pflegestützpunkte“ bzw. die dort angesiedelten Pflegeberater zukünftig mehr oder weniger obligatorisch das umfassende Case Management für Pflegebedürftige einschließlich der Koordination der medizinischen Leistungen übernehmen sollen, sollen sich die Krankenkassen in beträchtlichem Umfang an der Finanzierung beteiligen. Diese Zweckentfremdung von GKV-Beiträgen zur Finanzierung von pflegerischen Koordinationstätigkeiten ist entschieden abzulehnen.

Stattdessen sollte vorgesehen werden, entsprechende Mittel für die Stärkung der hausärztlichen Koordinierungsfunktion vorzusehen, da der Hausarzt der „geborene“ Koordinator für das Management des Übergangs und der Kontinuität der Versorgung in den einzelnen Bereichen ist. Konkret sollten entsprechende Mittel in das Förderprogramm für Allgemeinmedizin einfließen.

Die vorgeschlagene Etablierung eines Monotyps von Case Management für Pflegebedürftige in Gestalt der neuen Leistungsart „Pflegeberatung“ steht in Konflikt mit der Koordinierungsfunktion des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1 SGB V, die sich auch auf



Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt, und dürfte dem regional jeweils sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarf, der besser im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen abgebildet werden könnte, nur fraglich gerecht werden. Die Bundesärztekammer hat eine Studie zur Evaluation bereits bestehender Case-Management-Projekte in Deutschland in Auftrag gegeben, die kurz vor dem Abschluss steht und deren Ergebnisse dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt werden können.

6. Art. 1 Nr. 70 = § 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität)

Nach dem Vorbild der für alle Leistungserbringer verpflichtenden Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementregelungen gemäß § 135a SGB V sollen nunmehr auch „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ für Pflegeeinrichtungen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern vereinbart werden.

In Anbetracht der Mehrdimensionalität von Pflegebedürftigkeit (physische, psychische, soziale Defizite bzw. Hilfsbedürftigkeit) sollte auf die Einbeziehung insbesondere geriatrischen und neurologisch-psychiatrischen sowie chirurgischen und dermatologischen Sachverstands nicht verzichtet bzw. eine Beteiligung der Ärzteschaft an der Entwicklung der Inhalte der Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Versorgung Pflegebedürftiger vorgesehen werden.

7. Art. 1 Nr. 71 = § 113a (Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege)

Zukünftig sollen die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI (Kostenträger und Krankenhausträger) die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards für die Pflege sicherstellen, wobei von medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen im Rahmen der Expertenstandards die Rede ist.

Der in der vorgeschlagenen Regelung erkennbare interdisziplinäre Ansatz (Expertenstandards auf „medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“) ist zu begrüßen. Allerdings wird den Vertragsparteien nicht nur die Finanzierungsverantwortung, sondern auch die Initiative zur Entwicklung von Expertenstandards zugeordnet („Der Auftrag zur



Entwicklung (...) von Expertenstandards erfolgt durch Beschluss der Vertragsparteien.“) Durch eine solche Regelung würde die Entwicklung von Expertenstandards bzw. die Qualitätsentwicklung in der Pflege in die einseitige Abhängigkeit der Finanzierungsbereitschaft der Vertragsparteien geraten. Diesbezüglich sollte dringend über Alternativen nachgedacht werden.

**8. Art. 1 Nr. 72 = §114 (Qualitätsprüfungen),
Abs. 2 Satz 5**

Der vom Bundesrat (Nr. 27, S. 27f.) geforderte Verzicht der Einhaltung der Hygiene-richtlinien des Robert Koch Institutes und den Vorschlag, diese durch eigene Richtlinien nach § 113a zu ersetzen, ist nicht sinnvoll. Es sollten bundesweit gleiche Hygiene-Standards gelten. Wenn die Empfehlungen des RKI nicht eindeutig genug auch im Pflegebereich umzusetzen sind, wären diese anzupassen. Eigenständige Regelungen würden zudem zu Widersprüchen zu den Anforderungen gemäß Medizinproduktebetreiberverordnung führen, die bezüglich hygienischer Anforderungen auf die Empfehlungen des RKI verweist. Im Übrigen wirft die Begründung des Bundesrates die Frage auf, ob die geforderten gesonderten Hygienerichtlinien der personellen Ausstattung in Pflegeeinrichtungen angepasst werden sollen. Dies wäre sehr bedenklich. In-soweit ist der Gegenäußerung der Bundesregierung zuzustimmen.

Art. 1 Nr. 73 = §114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Bezüglich der Prüfungsaufgaben und der Betretungsrechte des MDK müssen die möglichen Kollisionen mit landesgesetzlichen Regelungen für Pflegeheime geklärt werden. Doppelprüfungen und Mehrfachzuständigkeiten sollten vermieden werden.

9. Art. 1 Nr. 74 = § 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)

Mit der Einfügung des neuen Absatzes 1a werden die Pflegeeinrichtungen analog zu den Regelungen für Krankenhäuser im § 137 SGB V zur Veröffentlichung von Berichten verpflichtet. Dabei sollen die Ergebnisse der Prüfungen des MDK zugrunde gelegt werden.

Dazu ist anzumerken, dass eine solche „public disclosure“-Strategie nur dann zu einer allgemeinen Qualitätsverbesserung der Pflegesituation führen kann, wenn die Qualitätsdarstellung - insbesondere wenn vergleichende Aussagen über die in den



verschiedenen Pflegeeinrichtungen erzielte Ergebnis- und Lebensqualität der Pflegebedürftigen gemacht werden sollen - auf ein flächendeckend implementiertes, indikatorgestütztes einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren, Methoden der Risikoadjustierung etc. aufsetzen kann. Alle diese Voraussetzungen einschließlich der Entwicklung zusätzlicher Expertenstandards für die pflegerische Versorgung sind jedoch noch nicht gegeben.

II. Zu Art. 6 (SGB V)

Die aus unserer Sicht anzusprechenden Änderungen zum SGB V betreffen folgende Regelungsvorschläge, welche wir wie folgt kommentieren:

1. Art. 6 Nr. 3 = § 11 SGB V: Versorgungsmanagement

a) Regelungsvorschlag:

Das Versorgungsmanagement wird auf die Krankenhausbehandlung (bzw. Reha-Entlassung) und den Übergang in weitere Versorgungen konzentriert und personell auf Pflegekräfte als „Care-Manager“ gestützt.

b) Stellungnahme:

Ein Versorgungsmanagement ist zwar zweckmäßig, konzeptionell jedoch kritisch zu sehen im Hinblick auf die Einschaltung nur von Pflegefachkräften. Hier gibt es keine klaren Abgrenzungen zur Kompetenz z.B. der Vertragsärzte. Insbesondere wird übersehen, dass nach geltendem Recht die Hausärzte eine Koordinierungsfunktion auch für die übrigen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung haben (auf § 73 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 4 SGB V wird verwiesen). Auch lässt § 115 Abs. 2 SGB V zu, in dreiseitigen Verträgen Grundsätze eines „Entlassungsmanagements“ zu regeln. Die Regelung scheint vor allem im Zusammenhang mit der heilkundekompetenziellen Aufwertung der Krankenpflegeberufe (vgl. nachstehend 2.) zu stehen. Diese nur politische Motivation steht einer sachgerechten Lösung entgegen. Derselbe Einwand gilt im Übrigen auch zu der Neuregelung in Art. 1 Nr. 55 = § 92c SGB XI (Pflegestützpunkte), denen ebenfalls eine Koordinierungsaufgabe auch mit Blick auf medizinische Hilfs- und Unterstützungsangebote zugewiesen wird (§ 92c



Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI), es sei denn, die Pflegestützpunkte beschränken sich auf reine Koordinierung, ohne Einflussnahme in die Zusammenhänge beispielsweise der hausärztlichen und fachärztlichen vertragsärztlichen Versorgung.

Es sollte den verpflichteten Einrichtungen überlassen bleiben, mit welchem Personal sie ein „Entlassungsmanagement“ organisieren.

c) Formulierungsvorschlag:

aa) In Art. 6 Nr. 3 sind in § 11 Abs. 4 die Sätze 3 und 4 zu streichen.

bb) Folgende Sätze sind anzufügen:

„Vertragliche Regelungen im Rahmen von Verträgen mit Vertragspartnern der Leistungserbringer nach dem 4. Kapitel können besondere Verfahren für ein Versorgungsmanagement vorsehen. § 73 Abs. 1 Satz 2 bleibt unberührt.“

2. Art. 6 Nrn. 4 und 8 = § 15 und § 63 SGB V (Übertragung von heilkundlichen Kompetenzen auf Angehörige der im Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz geregelten Berufe)

a) Regelungsvorschlag:

Es sollen in Modellvorhaben (nur solchen der Krankenkassen!) zwei Möglichkeiten erprobt werden:

- § 63 Abs. 3b – neu –:
Erweiterung von Maßnahmen von Kranken- und Altenpflegern (Verordnung von Verbandmitteln und Pflegehilfsmitteln und Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege) [Erweiterung der Delegationsfähigkeit]
- § 63 Abs. 3c – neu –:
Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, nach entsprechender Zusatzqualifizierung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes bzw. § 4 Abs. 7



des Altenpflegegesetzes [Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Kranken- und Altenpfleger]

b) Stellungnahme:

Die Vorschläge werden als teilweise ungeeignet und teilweise unzulässig abgelehnt. Der Vorschlag für Modellvorhaben mit Pflegekräften, die ausschließlich von den Krankenkassen organisiert sind, birgt die Gefahr, dass ohne geordneten Zusammenhang Delegationsmöglichkeiten und Substitutionstätigkeiten entwickelt werden, die nicht im Einklang mit ärztlicher Kompetenz und Verantwortung stehen.

aa) Zwar lässt sich die Möglichkeit von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b im Rahmen der Erweiterung von Delegationsmöglichkeiten durchaus diskutieren; hier ist aber eine offene Abgrenzung im Hinblick auf § 63b Abs. 1 Nr. 1 (Verordnung von Verbandmitteln und Pflegehilfsmitteln [außerhalb der häuslichen Krankenpflege?]) und im Hinblick auf die Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege [Welche Maßnahmen sollen hier delegationsfähig sein? Verordnung von Arzneimitteln?] kritisch zu sehen. Die Begründung zu Art. 6 Nr. 8 lässt insoweit eher eine Ausweitung befürchten. Unklar ist die Abgrenzung zur Ausübung der Heilkunde. Die in der Begründung dargestellte Auffassung („Die in Frage stehenden Tätigkeiten fallen nicht unter den von § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes definierten Bereich der Ausübung der Heilkunde“) stellt insoweit lediglich eine „selbstbestätigende“ Behauptung der Bundesregierung dar. Es müsste nämlich im Einzelfall geprüft werden, inwieweit die Abgrenzung erfolgen muss. Schon die „Ausgestaltung“ der häuslichen Krankenpflege im Hinblick auf Inhalt und deren Dauer (!) erfordert diagnostische Bewertungen des zu Pflegenden, die in den Bereich der Heilkundeausübung hineinreichen.

Es sollte auch bedacht werden, dass sowohl das ärztliche Berufsrecht, das Vertragsarztrecht, aber auch das Steuerrecht (Abgrenzung zur Gewerblichkeit!) voraussetzen, dass der Arzt die persönliche und fachliche Leitung aller von ihm zu erbringenden Maßnahmen im Rahmen seines Verantwortungsbereichs erhalten muss. Außerdem sollte bedacht werden, dass auch Medizinische Fachangestellte für einen Aus-



bau der Delegationsmöglichkeiten im Rahmen der ärztlichen Versorgung bei entsprechender Qualifikation in Betracht zu ziehen sind (dazu nachstehend cc).

Im Übrigen stellt die Kategorisierung insbesondere der Vorhaben der Substitution ärztlicher Tätigkeit durch Angehörige der Krankenpflege- und Altenpflegeberufe nach entsprechender qualifizierender Ausbildung einen rechtlich nicht haltbaren Beschränkungsgrund dar. Die Qualifizierung in einer ergänzenden Ausbildung (der Sache nach handelt es sich jedoch um eine Weiterbildung) bedeutet, dass diejenigen, die die Qualifizierung erworben haben, auch dauerhaft die damit verbundene Tätigkeit ausüben dürfen. Es handelt sich damit nicht um temporäre Strukturen, sondern um Voraussetzungen für dauerhafte Kompetenzverleihungen, die dazu führen, dass die Inhaber entsprechender Kompetenzen auch dauerhaft entsprechende berufliche Aktivitäten entfalten wollen. Hinsichtlich der Systematik ist einzuwenden, dass ein relativer Begriff von Heilkundekompetenz geschaffen wird, den das deutsche Recht bisher nicht kennt. Innerhalb der Angehörigen der Berufe der Krankenpflege und Altenpflege müsste unterschieden werden, welche Personen im Einzelnen als Individuen eine bestimmte heilkundliche Kompetenz ausüben dürfen, während andere Absolventen entsprechender Anerkennungen dies nicht dürfen. Dementsprechend handelt es sich nicht um eine Kompetenzverleihung im Rahmen einer beruflichen Ausbildung, sondern um punktuelle Kompetenzen durch entsprechende Weiterbildung. Da diese Qualifikationen im Rahmen von Modellvorhaben vermittelt werden, stellt sich außerdem die Frage, ob nicht verfassungsrechtlich im Hinblick auf die Kompetenzverleihung zur Heilkundeausübung ein entsprechender Parlamentsvorbehalt verletzt wird, der es gebietet, dass der Gesetzgeber die entsprechende Ausbildung vorschreiben müsste, die nach dem jetzigen Vorschlag (vgl. Art. 15 und Art. 16 des Gesetzentwurfs) in individuellen Ausbildungsplänen entsprechender Einrichtungen vermittelt werden soll. Auch wenn diese Ausbildungspläne der Genehmigung des BMG bedürfen, entspricht dies nicht der Schaffung verlässlicher gesetzlicher Grundlagen zur Durchbrechung des Arztvorbehalts der Heilkundeausübung. Für das GKV-Leistungserbringersystem können solche punktuell weitergebildeten Leistungserbringer keine taugliche Grundlage zur Entwicklung von



Versorgungsstrukturen bilden. Diese müssen wie bisher unter Berücksichtigung des für die Versorgung der Versicherten maßgeblichen Facharztstandards unter der Verantwortung des Arztes und der Zuordnung entsprechender Hilfsleistungen bestehen bleiben.

Auch der Bundesrat (Nr. 35, S. 36) sieht die die Einheitlichkeit der Heilkundeausübung durch die Vorschläge gefährdet; er stellt ebenso ihre Systemwidrigkeit fest und warnt davor, dass diese bei der Erteilung der Berechtigung zur Beliebigkeit führen könnte.

- bb)** Insbesondere Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten werden abgelehnt.

§ 63 Abs. 3c (Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Tätigkeit) stellt einen Einstieg in die Verselbstständigung der nichtärztlichen Berufe dar. In Fällen des § 63 Abs. 3c werden sie auch als selbstständige Leistungserbringer tätig. Diese Vorschrift ist so offen angelegt, dass die Krankenkasse ärztliche Tätigkeiten durch selbstständig tätige Krankenpfleger erbringen lassen kann. Maßgeblich ist § 4 Abs. 7 – neu – des Krankenpflegegesetzes (Art. 15 Nr. 3 Buchst. c) bzw. § 4 Abs. 7 - neu - des Altenpflegegesetzes [Art. 16 Nr. 3c des Entwurfs]), wonach zwar eine entsprechende Zusatzqualifikation des Krankenpflegers gefordert wird, aber keine Beschränkungen vorgeschrieben sind. Auch der Hinweis auf die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen führt insoweit nicht weiter, da sich die Regelungen über die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern für allgemeine Pflege (Abschnitt 3, insbesondere Art. 31 der Richtlinie) auf eine Mindestausbildung beziehen. Einzige Kontrolle gegenüber unzulässigen „Experimenten“ stellen Ausbildungspläne dar, welche vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. Da die Ausbildung auch an Hochschulen erfolgen kann (vgl. § 4 Abs. 7 Satz 3 KrankenpflegeG-E [Art. 12 Nr. 3 Buchst. c) des Entwurfs] bzw. § 4 Abs. 7 Satz 5 AltenpflegeG-E [Art. 16 Nr. 3 Buchst. c des Entwurfs]), ist davon auszugehen, dass akademische Pflegeberufe [Bachelor, Master] an Hochschulen ausgebildet werden – mit allen Folgen für die Möglichkeit selbstständiger Tätigkeiten im Bereich ärztlicher Tätigkeiten. Im Übr-



gen wäre die Folge im Rahmen solcher Modellvorhaben, dass mit den Angehörigen des Pflegeberufs unmittelbar Leistungserbringerverträge geschlossen werden müssten, gegebenenfalls auch mit den daraus folgenden Haftungsproblemen. Dies ergibt sich auch aus der vorgesehenen Änderung des § 15 Abs. 1 Satz 1 (Art. 6 Nr. 4 Entwurf), wonach der Grundsatz, dass ärztliche Behandlung von Ärzten erbracht wird und Hilfeleistungen anderer Personen, soweit erforderlich, nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden, in den Modellvorhaben aufgehoben wird.

Zu kritisieren ist in der Begründung, dass die Substitution ärztlicher Tätigkeit aus Gründen des „gebietsweise bereits eingetretenen und sich absehbar verschärfenden Hausärztemangels in strukturschwachen Regionen, z.B. der neuen Bundesländer, zunehmend an Bedeutung“ gewinnen müsse. Zur Lösung eines Hausärztemangels gibt es andere Modelle, die zwar in die Richtung einer Erweiterung von Delegationsmöglichkeiten in Zusammenarbeit von Hausärzten und entsprechenden Fachberufen zielen könnten, jedoch nicht die Substitution ärztlicher Tätigkeit durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe als sinnvolle Alternative erscheinen lassen.

Den Ausführungen des Bundesrates (Nr. 35), der die Regelungen einschließlich der Änderungen in Art. 15 (Krankenpflegegesetz) und Art. 16 (Altenpflegegesetz) ebenfalls in Gänze ablehnt, ist vollumfänglich zuzustimmen. Der Bundesrat stellt darüber hinaus auf die fehlende Bedarfsplanung für die durch diese Berufe induzierten Leistungen ab, im Speziellen auf den Unterschied zur budgetierten vertragsärztlichen Versorgung.

Er empfiehlt im Übrigen zur grundsätzlichen Klärung haftungsrechtlicher Probleme im Zusammenhang von Delegation eine Zusammenarbeit mit den Medizinischen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer. Von KBV und Bundesärztekammer wird derzeit das Themenfeld der Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen umfassend aufbereitet und weiterentwickelt.

- cc)** Die etwaige Übertragung „kleinerer Diagnostik und Therapie“, zum Beispiel nach dem Vorbild des „Nurse Practitioners“, in die Eigenverantwortung



tung nichtärztlicher Gesundheitsberufe legt regelmäßig Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsgewinne nahe, die bislang vorliegenden internationalen Studien widersprechen jedoch diesen Erwartungen: Die Schaffung von Parallel- oder Alternativstrukturen zur ärztlichen Versorgung führt weder zu einer Steigerung der Versorgungsqualität, noch zu Einsparungen im Gesamtsystem, und trägt auch nicht zu einer wirksamen Entlastung der Ärzte bzw. zu einer Unterstützung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen bei. Eine nachhaltige Unterstützung der wohnortnahen ambulanten ärztlichen Versorgung ist am ehesten zu erreichen, wenn die „Unterstützungskraft“ in das Praxisteam integriert ist und die Leistungsfähigkeit des gesamten Praxisteams erhalten und gesteigert wird.

- dd)** Es wird vorgeschlagen (Formulierungsvorschlag s. nachstehend), bestimmte Modellvorhaben zur Erweiterung von Delegationsmöglichkeiten bei ärztlicher Versorgung zuzulassen, in welche medizinische Fachangestellte einbezogen werden. Hier müsste aber innerhalb des gegebenen rechtlichen Rahmens eine eigenständige Lösung gefunden werden (Delegation u.ä.). Zu fordern ist aber, dass solche Modellvorhaben, die die vertragsärztliche Versorgung betreffen, gemäß dem Grundsatz von § 64 SGB V nur in Verträgen mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt werden sollten. Wir schlagen deshalb vor, in § 64 SGB V eine Ergänzung einzufügen, die es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, in Modellvorhaben Erweiterungen der Delegationsmöglichkeiten bei Ärzten mit medizinischen Fachangestellten zu erproben, die das Ziel haben, insbesondere die Hausärzte bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen und ergänzen. Insoweit sollte auch ermöglicht werden, besondere Qualifikationsprogramme für medizinische Fachangestellte und die dafür notwendigen Standards durch die Beteiligten zu entwickeln. Durch Mitwirkung an der Novellierung der Ausbildungsverordnung für die Arzthelferin, jetzt Medizinische Fachangestellte (MFA), sowie Entwicklung zusätzlicher Fortbildungscurricula für die MFA (z. B. zur Patientenbegleitung und Koordination und zur Versorgung älterer Menschen) haben die Ärztekammern die Weiterqualifizierung der Arzthelferinnen vorangetrieben und Voraussetzungen für eine qualifizierte Unterstützung des

niedergelassenen Arztes insbesondere in unterversorgten Gebieten geschaffen.

- ee)** Über die genannte Möglichkeit von Modellvorhaben hinaus sind die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen die Einbindung von qualifiziertem Fachpersonal in arztentlastende oder arztunterstützende Maßnahmen unter Beibehaltung der ärztlichen Verantwortung ermöglichen (s. nachstehende Formulierung). In ähnliche Richtung zielt auch der Vorschlag des Bundesrates (Stellungnahme Nr. 34). Die Vorschläge zielen auf Klarstellungen zu delegierbaren Tätigkeiten an qualifizierte Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen im häuslichen Umfeld und in Abwesenheit des Arztes. Dadurch würde einerseits definiert, dass darunter insbesondere krankheits- und therapieüberwachende sowie vorbeugende und betreuende Hilfeleistungen zu verstehen sind; andererseits würde speziell auf die Situation des Hausbesuchs abgestellt und damit die rechtliche Situation geklärt, damit zeitnah die vertrags-/hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum vor allem in einigen Regionen der neuen Länder sichergestellt wird. Der Vorschlag des Bundesrates leidet jedoch unter einem doppelten Mangel. Einmal wird nicht hinreichend klar, dass zu den Berufsangehörigen, an welche bestimmte Maßnahmen delegiert werden dürfen, auch qualifizierte medizinische Fachangestellte gehören können, da abwechselnd von nichtärztlichen Gesundheits- oder Heilberufen (vgl. Gesetzestext und Begründung) die Rede ist. Zwar ist – im Gegensatz zur Gegenäußerung der Bundesregierung – dem Bundesrat insoweit zuzustimmen, als es einer gesetzlichen Grundlage mit Blick auf § 15 und § 28 SGB V bedarf, aber auch dieser Vorschlag des Bundesrates lässt befürchten, dass keine für die Tätigkeit der Ärzte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und die Vergütungsfähigkeit der entsprechenden delegierten Leistungen hinreichend klare Rechtsgrundlage geschaffen wird, wenn nicht untergesetzliche Konkretisierungen – wie in nachstehendem Formulierungsvorschlag vorgesehen – ermöglicht werden. Gerade die Erfahrungen aus der Anwendung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung und damit verbundener Probleme der Delegation entsprechender Maßnahmen auf Hilfskräfte belegen, dass unklare Regelungen zu Fragen der Rechtmäßigkeit der Abrechnung entsprechender ärztlicher Leistungen führen und Vorwürfe



des Verstoßes gegen vertragsärztliche Pflichten hervorrufen könnten. Dies gilt insbesondere für das leistungs- und haftungsrechtlich komplexe Vorgehen bei Abwesenheit des Arztes. Gerade die dazu abgegebene Gegenäußerung der Bundesregierung (Gegenäußerung zu Nummer 34) beweist, wie eine dem bisherigen rechtlichen Verständnis gegenläufige rechtliche Bewertung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung mit Blick auf das Problem der Anwesenheit des Arztes zu Unklarheiten führen kann. Dies gilt auch für den Vorschlag in Nr. 36 der Stellungnahme des Bundesrates mit Blick auf eine bessere Vergütungsfähigkeit angeordneter nichtärztlicher Leistungen im Rahmen der Unterstützung der hausärztlichen Versorgung. Erst wenn entsprechende Rechtsgrundlagen bestehen, dürfte es möglich sein, im einheitlichen Bewertungsmaßstab Voraussetzungen für eine besondere Vergütung solcher im Einzelnen zu bestimmender Leistungen vorzusehen. Im Übrigen ist gegenüber dem Vorschlag des Bundesrates einzuwenden, dass es keinen Sinn macht, budgetierte Gesamtvergütungen mit entsprechenden Leistungsausweitungen zu belasten. Wenn arztunterstützende Leistungen durch qualifizierte Berufsangehörige bei Hausbesuchen u.ä. besonders vergütet werden sollen, muss dies außerhalb der Gesamtvergütung geschehen. Dies sieht auch der diesseitige Formulierungsvorschlag (siehe nachstehend) vor.

c) Alternative Formulierungsvorschläge:

- aa)** Art. 6 Nrn.4 (§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und 8 (§ 63 SGB V) werden gestrichen.

Als Folge entfallen Art. 15 und Art. 16.

- bb)** Folgende Regelungen sollten in Art. 6 aufgenommen werden:

1. Art. 6 Nr. 4 erhält folgende Fassung:

„In § 15 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages regeln, in welchen Fällen arztunterstützende und arztergänzende Maßnahmen durch qualifiziertes Fachpersonal des Vertragsarztes



oder des Medizinischen Versorgungszentrums Maßnahmen erbracht werden dürfen, die unter der Verantwortung des Arztes außerhalb der Praxis durchgeführt werden dürfen.““

2. Art. 6 Nr. 8 erhält folgende Fassung:

„In § 64 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„„In Modellvorhaben, deren Grundlagen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund vereinbart werden, können Kassenärztliche Vereinigungen mit Krankenkassen Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Maßnahmen auf qualifizierte Medizinische Fachangestellte, insbesondere zum Zwecke der Arztunterstützung und Arztergänzung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung außerhalb der Arztpraxis, erproben. Die Ergebnisse der Modellvorhaben sollen in die Vereinbarung nach § 15 Abs. 1 Satz 3 einfließen.““

3. In Art. 6 wird nach Nr. 8 und Nr. 8a (vgl. zu Art. 6 Nr. 10, nachstehend 3.) folgende Nr. 8b eingefügt:

„In § 87a wird nach Absatz 3a folgender Absatz 3b eingefügt:

„„(3b) Die Vertragsparteien vereinbaren auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit sowie im Zusammenhang mit der Einbeziehung qualifizierten Praxispersonals in arztergänzende und arztunterstützende Maßnahmen.““

4. In Art. 6 wird nach Nr. 9 folgende Nr. 9a eingefügt:

„In § 105 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt:

„„(4a) Sofern nicht in Verträgen nach § 64 Abs. 1 Satz 3 oder § 87 Abs. 3b näher geregelt, können als Maßnahme, welche einen Sicherstellungszuschlag begründet, auch Vorhaben bestimmt werden, in denen im Rahmen arztunterstützender und



arztentlastender Maßnahmen medizinisches Fachpersonal unter der Verantwortung des Arztes in der hausärztlichen Versorgung tätig wird.““

3. **Art. 6 Nr. 10 = § 119b – neu – SGB V (ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen durch angestellte Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung)** i.V.m. Art. 6 Nr. 9, 11, 14, 16, 17 (in den angegebenen Vorschriften soll jeweils der Begriff „ärztlich geleitete Einrichtungen“ gestrichen werden als Folge der Ermächtigungsmöglichkeit für stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie **Art. 13 (= § 31 Ärzte-ZV)**

a) Regelungsvorschlag:

Eingeführt werden soll die obligatorische Ermächtigung von stationären Pflegeeinrichtungen auf deren Verlangen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Voraussetzung ist, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung „ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arzregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist“, durch niedergelassenen Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§ 140a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist. Die Vergütung erfolgt aus der Gesamtvergütung nach den Grundsätzen der vertragsärztlichen Vergütung (Art. 5 Nr. 12 = § 120 Abs. 1 SGB V). Die Ermächtigung soll ohne zeitliche und umfangsbezogene Beschränkung erteilt werden (vgl. Art. 13 = § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV).

b) Stellungnahme:

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnen § 119b SGB V ab.

- aa) Nach der Begründung zu der Grundvorschrift des neuen § 119b soll „die gelegentlich als unzureichend beschriebene ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen“ verbessert werden, Schnittstellenprobleme abgebaut und gleichzeitig der gesetzlichen Krankenversicherung unnötige Transport- und Krankenhauskosten er-



spart werden. Nach der Begründung ist ein bedarfsabhängiger Anspruch auf eine institutionelle Ermächtigung angedacht, die es dem Pflegeheim ermöglicht, eine Ärztin oder einen Arzt anzustellen. Wiederum nach der Begründung soll das Pflegeheim in die Lage versetzt werden, „den Bedarf im Rahmen einer Antragstellung anhand konkreter Beispiele für eine nicht ausreichende Versorgung zu belegen“. Der Wortlaut der vorgesehenen Vorschrift indessen ist kritisch zu sehen. Zunächst ist festzuhalten, dass es sich erneut um eine Erweiterung institutioneller Versorgungsmöglichkeiten handelt in Konkurrenz zu niedergelassenen Vertragsärzten, denen auch gleichwertige Kooperationsmöglichkeiten verbaut werden. Es stellt sich nämlich die Frage, ob durch eine solche Regelung mögliche Versorgungslücken oder Versorgungsschwierigkeiten gelöst werden können oder ob nicht die bisher vorhandenen Möglichkeiten ausreichend sind. Rechtlich nicht vertretbar ist, dass die Vergleichsbetrachtung im Hinblick auf die Versorgungshöhe an einer Sicherstellung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung oder an einer besonderen ambulanten Versorgung oder der integrierten Versorgung vorgenommen wird. Die reguläre hausärztliche und fachärztliche Versorgung bleiben außen vor, auch wenn durch den Begriff „Kooperationsverträge“ ein Teilaspekt dieser Versorgung im Rahmen einer systematischen Versorgungsmöglichkeit durch Absprachen mit Pflegeheimen einbezogen ist. Auch ist die Einschränkung auf den Umfang einer anderweitigen Sicherstellung durch den Begriff „so weit“ unklar. Die Entscheidungskriterien des Zulassungsausschusses sind kaum handhabbar. Andererseits soll die Ermächtigung ohne zeitliche Befristung erteilt werden (Art. 13 = § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV). Es spielt dann keine Rolle, ob durch anderweitige Versorgungsverträge die Heimbewohner ausreichend versorgt werden oder im Rahmen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung ausreichend versorgt werden könnten oder Versorgungsprobleme in dieser Zeit überhaupt nicht auftreten. Zu bedenken ist auch, dass die freie Arztwahl innerhalb der Gruppe der versicherten Pflegebedürftigen bestehen bleibt, so dass es zwar denkbar wäre, dass der angestellte Arzt im Pflegeheim nur von einem Teil der Heimbewohner in Anspruch genommen wird, im Übrigen aber nicht, es sei denn, es wird faktisch durch die Leitung der Pflegeeinrichtung Druck auf die versicherten Pflegebedürftigen ausgeübt.



Fazit:

Der Wortlaut der Vorschrift lässt erkennen, dass der Gesetzentwurf durch die nicht handhabbare und bewusst verengte Vergleichsbetrachtung letztlich es dem Pflegeheim überlassen will, ob ein Arzt angestellt wird oder nicht. Dem Zulassungsausschuss bleibt bei der beschriebenen Rechts- und Sachlage nichts Weiteres übrig, als die stationäre Pflegeeinrichtung ohne zeitliche Befristung und umfangsmäßige Bestimmung und ohne eventuelle Einschränkungen im Hinblick auf unmittelbare oder mittelbare Inanspruchnahme (die in § 31 Abs. 7 Sätze 1 und 2 vorgesehenen entsprechenden Bestimmungen für Ermächtigungen sollen für die Ermächtigung nach § 119b SGB V nicht gelten) zu ermächtigen. Die Formulierung von nicht erreichbaren „Pseudo-Voraussetzungen“, die nach Belieben der stationären Pflegeeinrichtung die Anstellung eines Arztes ermöglichen, lässt die Frage entstehen, ob auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten der vom Bundesverfassungsgericht bestätigte Vorrang der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte ausreichend berücksichtigt worden ist.

Nicht abgrenzbar ist – anders als bei der Versorgung durch selbständig tätige Ärzte –, in welchem Umfang der angestellte Arzt auf die Mitwirkung der im Pflegeheim tätigen Pflegekräfte über die zulässigen Delegationsmöglichkeiten hinaus zurückgreift.

Schließlich ist die institutionelle Ermächtigung des Pflegeheims abzulehnen. Es gäbe keinen Grund, warum nicht in einem nichtärztlich geleiteten Heim der einzige Arzt als Person ermächtigt werden könnte.

Als Alternative schlagen wir vor, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Verlangen von Pflegeeinrichtungen verpflichtet wird, Kooperationsverträge mit niedergelassenen Vertragsärzten zu vermitteln. Eine entsprechende Möglichkeit hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung schon im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG angeboten in einem weiteren Sinne der Herstellung einer integrierten Versorgung (vgl. Formulierungsvorschlag unter c.).



- bb)** Kritisch zu sehen ist die Vergütungsregelung insoweit, als einerseits die entsprechenden ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung abgegolten werden, andererseits bei bestehenden Verträgen über andere Versorgungsformen eine Bereinigung der Gesamtvergütung vorzunehmen wäre, was insgesamt nicht handhabbar ist oder zu überlappenden Belastungen führt
- cc)** Die wegen der Einführung dieser besonderen Teilnahmeform (Ermächtigungsinhaber ist der Träger der stationären Pflegeeinrichtung, die in der Regel nicht ärztlich geleitet ist) vorgesehenen Streichungen des Begriffs der „ärztlichen Leitung“ in fast sämtlichen Vorschriften, die mit institutioneller Zulassung oder Ermächtigung in Verbindung stehen, wäre zwar folgerichtig, wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jedoch wegen der grundsätzlichen Ablehnung einer institutionellen Ermächtigung einer nichtärztlich geleiteten Einrichtung abgelehnt.

c) Formulierungsvorschlag:

- aa)** Art. 6 Nr. 10 (§ 119b) wird gestrichen.

Als Folge werden gestrichen Art. 6 Nrn. 9, 11, 12, 14, 16, 17 sowie Art. 13 des Gesetzentwurfs.

- bb)** In Art. 6 wird nach Nr. 8 folgende Nr. 8a eingefügt.

„In § 75 wird nach Absatz 6 folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Auf Verlangen von Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, welche durch einen Versorgungsvertrag zugelassen sind, hat die Kassenärztliche Vereinigung mit dafür geeigneten Vertragsärzten, die an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung teilnehmen, Kooperationsverträge zu vermitteln, die sicherstellen, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung ermöglicht wird. Der Kooperationsvertrag ist vor seinem Abschluss von der Kassenärztlichen Vereinigung daraufhin zu überprüfen, dass die in Satz 1 genannten Bedingungen erfüllt sind.““



4. **Vorschlag des Bundesrates zu Art. 6 Nr. 12a –neu- = § 136 Abs. 4 –neu- SGB V (regionale Vergütungsvereinbarungen zur Förderung qualitätsgesicherter Leistungen)**

a) Regelungsvorschlag:

Mit der Ergänzung des § 136 SGB V durch einen neuen Absatz 4 soll die Förderungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 136 Abs. 1 SGB V) durch die Möglichkeit erweitert werden, dass Kassenärztliche Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder ihren Verbänden in gesamtvertraglichen Vereinbarungen besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festlegen, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. Zugleich sollen die Mehrleistungen durch entsprechende Abschläge bei Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe, die nicht an dem Vertrag teilnehmen, kompensiert werden.

b) Stellungnahme:

Der Vorschlag war schon einmal vom Bundesrat in seiner Stellungnahme zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingebracht worden. Die Bundesregierung hatte seinerzeit eine Prüfung zugesagt. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren ist der Vorschlag jedoch nicht mehr aufgegriffen worden.

Der Vorschlag wird insofern befürwortet, als er die Möglichkeit einschließt, regionale Qualitätszuschläge einzuführen. Sie können eine weitere Anreizstruktur für Qualität entwickeln. Einzelheiten sollten der regionalen Ausgestaltung überlassen bleiben.

Der Vorschlag wirft aber zugleich Probleme der Kompatibilität mit dem neuen Vergütungssystem nach §§ 87 ff. SGB V auf, wo bundeseinheitliche Qualitätszuschläge vorgesehen sind, vor allem entstehen systematische Schwierigkeiten insofern, als nach dem Vorschlag Vergütungsabschläge zu vereinbaren sind, welche wiederum die auf Einheitlichkeit bezogene künftige ärztliche Vergütung tangieren. Vergütungsabschläge sind aber mit dem neuen Vergütungssystem nicht vereinbar.



Sichergestellt werden muss auch, dass bundeseinheitliche Qualitätssicherungsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ebenso wie Regelungen der Bundesmantelvertragspartner, zu denen sie gesetzlich ermächtigt sind, nicht tangiert werden.

- c) Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung sehen zur Zeit von einem Formulierungsvorschlag ab.

5. **Art. 6 Nrn. 13 und 15 = § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, § 294a Abs. 2 – neu – SGB V (Schaffung datenschutzrechtlicher Grundlagen zur Weitergabe von Informationen im Rahmen der Regelung des § 52 SGB V [Kostenverpflichtung des Versicherten bei Folgekrankheiten aufgrund von vorsätzlich zugezogenen Krankheiten, vorsätzlichen Verbrechen oder Vergehen, von ästhetischen Operationen, Tätowierungen, Piercing])**

a) Regelungsvorschlag:

Ergänzt wird § 284 SGB V, der die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zur Speicherung von Versichertendaten bei der Krankenkasse regelt und insoweit gestattet, auch diejenigen Daten zu erheben und zu speichern, die notwendig sind, um über eine Leistungsbeschränkung zu entscheiden – dazu gehört auch die Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Krankenbehandlung oder eine Versagung oder Rückforderung von Krankengeld nach § 52 –. Um den Krankenkassen eine entsprechende Datenerhebung und -speicherung zu ermöglichen, werden korrespondierend die Ärzte über die Neuregelung des § 294a Abs. 2 SGB V verpflichtet, bei „Anhaltspunkten“ dafür, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing, zugezogen haben, „den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen“. Vorgesehen ist weiterhin, dass den Versicherten der Grund der Mitteilung an die Krankenkasse eröffnet wird.

b) Stellungnahme:

Die Ärzteschaft hatte im Gesetzgebungsverfahren die Vorschrift des § 52 SGB V u.a. unter dem Aspekt kritisiert, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis be-



lastet würde, wenn davon ausgegangen werden müsste, dass die Ärzte bei den zu behandelnden Versicherten eine entsprechende Untersuchung vornehmen müssten und entsprechende Mitteilungen an die Krankenkassen zu übermitteln hätten. Die im GKV-WSG vorgesehenen Regelungen haben eine entsprechende Verpflichtung des Vertragsarztes gegenüber den Krankenkassen nicht eingeführt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat auch die Auffassung vertreten, dass das geltende Recht eine solche Verpflichtung nicht vorsieht.

§ 52 SGB V selbst enthält dafür keine Grundlage; auch § 294a SGB V (in der bisherigen Fassung), wonach der Vertragsarzt verpflichtet ist, u.a. bei „drittverursachten Gesundheitsschäden“ den Krankenkassen entsprechende Mitteilung zu machen, kommt dafür nicht in Betracht. Ebenso wenig kann eine Auskunftspflicht des Arztes auf § 100 Abs. 1 SGB X gestützt werden, da es sich nicht um einen Fall einer gesetzlich zugelassenen Auskunft handelt. Allenfalls kann der Arzt Auskünfte nach dieser Vorschrift geben, wenn der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat (Schriftform, vgl. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 SGB X).

Hier soll nunmehr die entsprechende datenrechtliche Maßnahme nachgeholt werden. Dies ändert nichts an der grundsätzlichen Kritik.

Die Mitteilungspflicht der vorgesehenen Art würde zwar eine entsprechende gesetzliche Grundlage schaffen, die es dem Arzt erlauben würde, die Schweigepflicht zu durchbrechen, und es den Krankenkassen gestatten würde, entsprechende Daten zu speichern, um die Leistungskürzungen in die Wege zu leiten; der Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis wird jedoch dem Wertgefüge des Grundgesetzes, wie es das Bundesverfassungsgericht im Hinblick auf die Schweigepflicht des Arztes und das Arzt-Patienten-Verhältnis in dem Beschluss vom 6. Juni 2006 (2 BvR 1349/05) beurteilt hat, nicht gerecht. Das Bundesverfassungsgericht führt in dem genannten Beschluss, in dem es um eine gerichtliche Weisung geht, mit der von dem in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Straftäter die Entbindung seines Arztes von der Schweigepflicht gegenüber staatlichen Stellen verlangt wird, Folgendes aus:

„... Das Grundgesetz gewährt dem einzelnen Bürger einen unantastbaren Bereich privater Lebensgestaltung, der der Einwirkung der öffentlichen Gewalt entzogen ist (vgl. BVerfGE 6, 32 <41>; 27, 1 <6>; 27, 344 <350 f.>; 32, 373 <378 f.>). Angaben eines Arztes über Anamnese, Diagnose und therapeuti-



sche Maßnahmen betreffen zwar nicht die unantastbare Intimsphäre, wohl aber den privaten Bereich des Patienten. Damit nehmen sie teil an dem Schutz, den das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG dem Einzelnen vor dem Zugriff der öffentlichen Gewalt gewährt. Dabei kommt es nicht darauf an, ob derartige Feststellungen Krankheiten, Leiden oder Beschwerden beinhalten, deren Offenbarung den Betroffenen mit dem Verdacht einer Straftat belastet, ihm in anderer Hinsicht peinlich oder seiner sozialen Geltung abträglich ist. Vielmehr verdient ganz allgemein der Wille des Einzelnen Achtung, so höchstpersönliche Dinge wie die Beurteilung seines Gesundheitszustandes durch einen Arzt vor fremdem Einblick zu bewahren. Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss und darf erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt (vgl. BVerfGE 32, 373 <379 f.>; 44, 353 <372 f.>). Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schützt daher grundsätzlich vor der Erhebung und Weitergabe von Befunden über den Gesundheitszustand, die seelische Verfassung und den Charakter (vgl. BVerfGE 78, 77 <84>; 84, 192 <194 f.>; 89, 69 <82>). ...“

Zwar erkennt das Bundesverfassungsgericht auch an, dass Eingriffe in das Recht aus Art. 2 Abs. 1 GG im überwiegenden Allgemeininteresse hingenommen werden müssen und dass solche Beschränkungen dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entsprechen müssen. Es ist aber zweifelhaft, ob materiell-rechtlich entsprechende Mitteilungen zulässig sind. Auch wenn das Interesse an einer Leistungsbeschränkung in den beschriebenen Fällen durchaus gerechtfertigt sein mag, so stellt jedoch die Indienstnahme des Arztes als Informant der Krankenkasse ohne Einwilligung des versicherten Patienten in diesen Fällen einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis dar.

Es soll an dieser Stelle nicht grundsätzlich diskutiert werden, dass aus sozialpolitischen Gründen ein Leistungsausschlussstatbestand in den vorgesehenen Fällen eingeführt wird. Jedoch sollten dem Versicherten insoweit mehr Rechte eingeräumt werden, dass er letztlich entscheidet, ob entsprechende Daten an die Krankenkasse weitergeleitet werden. Wenn der Versicherte eine entsprechende Weiterleitung verweigert, müsste dies allerdings die Folge haben, dass eine Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und Behandlung im Krankenhaus zu Lasten der Krankenkasse ausgeschlossen wird.



c) Alternativer Formulierungsvorschlag:

In Art. 6 Nr. 5 werden in § 294 Abs. 2 folgende Sätze angefügt:

„Die Meldung an die Krankenkasse bedarf der Einwilligung des Versicherten. Verweigert der Versicherte die Einwilligung darf der Vertragsarzt die Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und das Krankenhaus die Behandlung zu Lasten der Krankenkasse verweigern. Der Vertragsarzt und das Krankenhaus sind berechtigt, in diesen Fällen die Behandlung aufgrund eines Behandlungsvertrages durchzuführen.“

III. Zu Art. 15 und 16 – Änderungen des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und des Altenpflegegesetzes (APflG)

Die im Rahmen von Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3b und 3c zur Erprobung vorgeschlagenen Kompetenzerweiterungen für Angehörige der Pflegeberufe bzw. des Altenpflegeberufes werden durch die folgenden gleichlautenden Änderungen des Krankenpflege- bzw. Altenpflegegesetzes zur Kompetenzausweitung ergänzt bzw. „abgesichert“.

Darauf ist vorstehend im Zusammenhang mit Art. 6 Nrn. 4 und 8 = § 63 SGB V eingegangen worden. Ergänzend wird noch Folgendes angemerkt:

Art. 15, 16, jeweils Nrn. 4 = § 4a neu KrPflG und APflG

Die Vorschriften enthalten ergänzende Regelungen zur Ausgestaltung der Prüfungen in oben genannten Modellversuchen, in denen erweiterte Kompetenzen vermittelt werden sollen:

- Den Ausbildungs- und Prüfungsausschüssen müssen ärztliche Fachprüfer angehören, die in den erweiterten Kompetenzen unterrichtet haben (§ 4a Abs. 2).
- Dem Zeugnis ist eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte beizufügen, aus der sich die heilkundlichen Tätigkeiten ergeben, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung und der erweiterten staatlichen Prüfung waren (§ 4a Abs. 3).
- Die schriftlichen, mündlichen und praktischen Teile der Abschlusspflegeprüfung sind wegen des Themenbereichs „Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten“ um eine 120-minütige schriftliche, eine 15 bis 30-minütige mündliche sowie eine bis zu 3-stündige praktische Prüfung zu ergänzen.



- Alle Regelungen gelten auch auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Die Änderungsvorschläge weiten das Tätigkeitsspektrum von Kranken- und Altenpflegepersonal in den Bereich heilkundlicher Tätigkeiten aus, ohne dies genauer festzulegen. Hierin weichen die Vorschläge von § 3 in Verbindung mit § 9 MTA-Gesetz und von § 4 Hebammengesetz, in denen heilkundliche Tätigkeiten im Sinne vorbehaltener Tätigkeiten ausdrücklich in enumerativer Form geregelt sind, ab.

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat die Schaffung vorbehaltener Tätigkeiten für Krankenpflegeberufe ausdrücklich als versorgungspolitisch überholt abgelehnt. Mit der nun im PfwG vorgeschlagenen neuen rechtlichen Variante für die Pflegeberufe bleibt das künftige Aufgabenfeld im Bereich der Heilkunde völlig offen und wird nicht vom Arzt abgegrenzt. Die Entscheidung, welche heilkundlichen Tätigkeiten vermittelt werden, wird den Ausbildungsstätten überlassen. Das BMG erklärt sich selbst bzw. im Einvernehmen mit dem BMFSFJ dafür zuständig, die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten zu genehmigen (eigentlich Landesrecht), so dass letztlich das BMG indirekt auf die Ausgestaltung der erweiterten Kompetenzen Einfluss nimmt (je nach Versorgungslage?).

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob es verfassungsrechtlich möglich ist, die Ausübung der Heilkunde grundsätzlich und in der Form von Verwaltungsentscheidungen nicht-ärztlichen Berufsgruppen zuzuweisen (vgl. auch vorstehend schon die Kritik im Rahmen von Art. 6 Nrn. 4 und 8 zu § 63 SGB V).

Darüber hinaus wird in der Begründung ausdrücklich hervorgehoben, dass der Einsatz erweiterter Kompetenzen aus Modellversuchen nach SGB V nicht auf die GKV begrenzt werden könne, sondern grundsätzlich die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet werden muss. In Verbindung mit der intendierten eigenständigen Leistungserbringung läuft dies, wie schon im Zusammenhang mit den Modellvorhaben zur Erprobung der Substitution ärztlicher Leistungen gemäß § 63 Abs. 3b und 3c SGB V kritisch kommentiert, auf die Implementierung einer neuen, nichtärztlichen Versorgungsebene hinaus.

Auch der Bundesrat (Nr. 35 der Stellungnahme) lehnt Änderungen von Berufszulassungsgesetzen nach Art. 74. Abs. 1 Nr. 19 GG im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und des Sozialrechts ab und empfiehlt zunächst eine Bestandsaufnahme und ggf. Neubewertung von Aufgaben aller nichtärztlichen Berufe. Bekanntlich fordern zwischenzeitlich auch die Verbände der Heilmittelerbringer analoge Modellklauseln nach § 63 c-neu- mit dem Ziel eines Direktzuges von Patienten ohne ärztliche Indikation und Verordnung. Der Bun-



desrat empfiehlt deshalb unseres Erachtens zu Recht auch eine Bewertung dieser Forderungen vor dem Hintergrund der Finanzierbarkeit des Systems der GKV. Die vielfältigen Ansprüche unterschiedlicher Berufe zur direkten Leistungserbringung sowie Koordinierungsfunktionen in den für sie partiell und zeitlich begrenzten überschaubaren Phasen der Patientenbegleitung zeigen nach unserer Auffassung zwingend, dass die Systemsteuerung und die übergeordnete Koordinierungsfunktion beim verordnenden Arzt als der zentralen Stelle der Veranlassung von Leistungen zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft verbleiben muss!

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung sind derzeit damit befasst, den Katalog delegationsfähiger Leistungen auf einen den neuen Versorgungsherausforderungen gerecht werdenden bei Stand zu bringen, der die zwischenzeitlich stattgehabte Weiterentwicklung der Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe berücksichtigt, ohne den Grundsatz der ärztlichen Gesamt- bzw. Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie aufzugeben.

Die flächendeckende, wohnortnahe Gewährleistung des Facharztstandards stellt eine der Errungenschaften des deutschen Gesundheitswesens dar. In einer der führenden Industrienationen der Welt wie Deutschland sollten die Patienten die Aufrechterhaltung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie fordern dürfen. Es ist sehr befremdlich, dass ausgerechnet im Kontext der Reform der Pflegeversicherung, die eine Verbesserung der Gesamtsituation der Pflegebedürftigen zum Ziel hat, Vorschläge zur Entwicklung von Alternativmodellen zur ärztlichen Versorgung unterbreitet werden, die de facto auf eine Absenkung des medizinischen Versorgungsstandards in der ambulanten Versorgung hinauslaufen. Das PflWG sollte stattdessen dazu beitragen, insbesondere für Pflegebedürftige einen chancengleichen Zugang zur ärztlichen Versorgung sicherzustellen.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe

Präsident der Bundesärztekammer

Dr. med. Andreas Köhler

Vorsitzender des Vorstands
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung