



Spitzenverband

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 07.05.2021

**zu den fachfremden Änderungsanträgen
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz –
GVWG) zu Artikel 1 SGB V
Stand: 03.05.2021**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Anträgen	3
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	3
§ 33 – Absatz 5a Satz 3 SGB V.....	3
§ 37 Abs. 2a – Pauschale Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege	4
§ 37 Abs. 8 bis 10 – Erweiterung der Handlungskompetenzen qualifizierter Pflegefachpersonen im Rahmen der Durchführung der häuslichen Krankenpflege.....	5
§ 39d – Übergangspflege im Krankenhaus	9
§ 64d neu – Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte	11
§ 87 Abs. 1 – Anpassung der Verordnungsmuster an die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen	13
§ 132a Abs. 1 – Regelungsauftrag der Rahmenempfehlungspartner zur Eignung von Pflegefachpersonen mit erweiterter Kompetenz und zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege	14
§ 132m – Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus	15

I. Stellungnahme zu den Anträgen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 33 – Absatz 5a Satz 3 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 33 Absatz 5a SGB V bestimmt, dass eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmittelleistungen nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend hiervon können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. In der geltenden Gesetzesfassung wird ergänzend klargestellt, dass hierbei § 18 Absatz 6a SGB XI zu beachten ist, wonach bei Empfehlungen des Medizinischen Dienstes und der von den Pflegekassen beauftragten Gutachter zur Versorgung mit Hilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, die Erforderlichkeit des Hilfsmittels nach § 33 Absatz 1 SGB V vermutet wird und es insofern keiner ärztlichen Verordnung nach § 33 Absatz 5a SGB V bedarf. Diese Regelung soll durch einen Verweis auf den in den Änderungsanträgen vorgesehenen neuen § 40 Absatz 6 SGB XI ergänzt werden, in dem eine vergleichbare Regelung für die Hilfsmittelempfehlungen von Pflegefachkräften geschaffen werden soll.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in dem neuen § 40 Absatz 6 SGB XI vorgesehenen Regelung zu den Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelempfehlungen von Pflegefachkräften. Die Änderung ist daher abhängig von der Umsetzung der vorgesehenen Neuregelung im Änderungsantrag 8 zu Artikel 2 Nummer 17 (Verordnungskompetenz von Pflegekräften). Auf die Stellungnahme zu diesem Änderungsantrag wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 a

§ 37 Abs. 2a – Pauschale Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Krankenversicherung soll sich ab dem 1. Januar 2022 an den Kosten für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu zahlen ist, beteiligen. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise.

B) Stellungnahme

Seit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 leistet die gesetzliche Krankenversicherung eine pauschale Abgeltung in Höhe von 640 Millionen Euro jährlich an die Pflegeversicherung im Zusammenhang mit der politisch intendierten Schaffung von 13.000 neuen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die nach der Darstellung in der Begründung zum Änderungsantrag eine indirekte Mitfinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege bewirkt. Bekanntlich werden die von der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig bereitgestellten Beträge nicht vollständig für den vorgenannten Zweck abgerufen. Im Ergebnis zeigt diese Regelung, dass die Systematik einer zweckgebundenen, aber pauschalierten Bereitstellung von Finanzmitteln unabhängig von der tatsächlichen Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals nicht umsetzbar ist. Der nun vorgelegte Regelungsvorschlag löst diese Regelung daher zugunsten einer Pauschalfinanzierungsregelung als direkte Mitfinanzierung des Aufwands für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen ab. Dies kann vor dem Hintergrund der skizzierten Erfahrungen mit der aktuellen Regelung nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3b

§ 37 Abs. 8 bis 10 – Erweiterung der Handlungskompetenzen qualifizierter Pflegefachpersonen im Rahmen der Durchführung der häuslichen Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll beauftragt werden, in der Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis verordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können, sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringenden über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes festzulegen.

Die finanziellen Auswirkungen sowie die Auswirkungen auf die Versorgung sollen extern evaluiert werden. Hierzu haben die Krankenkassen die Ausgaben arztbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form zu erheben. Die Krankenkassen übermitteln diese Angaben an den GKV-Spitzenverband, der diese Daten für den Zweck einer externen Evaluation kassenartenübergreifend zusammenführt. Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung evaluieren der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungserbringenden unter Berücksichtigung der vom GKV-Spitzenverband zusammengeführten Daten der Krankenkassen die mit der Versorgung durch qualifizierte Pflegefachkräfte mit erweiterter Kompetenz verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluation hat durch einen vom GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den in § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringenden gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Der GKV–Spitzenverband unterstützt die intendierte Stärkung des Pflegeberufs, auch durch die Übertragung zusätzlicher Kompetenzen im Versorgungsprozess. Nach seiner Einschätzung enthält das durch die Häusliche Krankenpflege–Richtlinie (HKP–RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G–BA) festgelegte Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen eine Reihe von Leistungen, bei denen die Kompetenzen von Pflegefachkräften stärker in die Ausgestaltung des Versorgungsprozesses einbezogen werden sollten.

Bei den weit überwiegend im Rahmen der HKP verordneten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege handelt es sich gemäß § 2 Abs. 1 der HKP–Richtlinie sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung um Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern, und die üblicherweise an Pflege(fach)personen delegiert werden können. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt stellt demnach eine Indikation für eine ärztliche Behandlung, aus der sich notwendige behandlungspflegerische Maßnahmen ergeben, die die Patientinnen und Patienten in der Regel selbständig vornehmen können. Können diese Maßnahmen durch die oder den Versicherten nicht mehr eigenständig erbracht werden, entscheidet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt über die Verordnung der notwendigen Maßnahmen als Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Das heißt, die Maßnahmen werden über die ärztliche Verordnung an Pflegefachpersonal delegiert.

Daher sind die vorgesehenen Regelungen sachgerecht, wonach weiterhin eine ärztliche Verordnung erforderlich ist und der G–BA Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis verordnungsfähigen Maßnahmen zu bestimmen hat, in deren Bandbreite entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte selbst über die zu erbringenden Leistungen bestimmen können. Im Sinne der notwendigen interprofessionellen Zusammenarbeit ist auch der Regelungsauftrag an den G–BA, Vorgaben zur Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch den Leistungserbringenden über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes festzulegen, schlüssig. In der Begründung zum Änderungsantrag werden beispielhaft Leistungen genannt, bei denen Pflegefachkräften erweiterte Kompetenzen eingeräumt werden können, wie der Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, das An– oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/–strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes. Diese Beispiele sind als Orientierung für die Beratungen im G–BA nachvollziehbar und hilfreich. Sie verdeutlichen zugleich die Grenzen möglicher

Kompetenzerweiterungen insbesondere in Fallgestaltungen, in denen die Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege unmittelbar vom ärztlichen Behandlungsplan abhängen (z. B. die Gabe von Medikamenten).

Aus den beabsichtigten Regelungen wird insgesamt die Intention deutlich, geeigneten Pflegefachkräften erweiterte Kompetenzen ausschließlich in Bezug auf die Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Erbringung bestimmter Leistungen einzuräumen. Da im vorgesehenen Gesetzeswortlaut und der zugehörigen Begründung insoweit neben den Aspekten der Dauer und Häufigkeit auch generell die selbst bestimmte Entscheidung über die „Durchführung“ der Leistungen genannt wird, sollte im Interesse der Normenklarheit und zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsauslegungen der Regelungsauftrag an den G-BA abschließend klargestellt werden.

Die Auswirkungen der erweiterten Kompetenzen von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität sollen evaluiert werden. Dies ist sachgerecht. Die vorgesehene Regelung in Absatz 10, wonach die Evaluation 3 Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen erfolgen soll, ist grundsätzlich sinnvoll, da sich die Evaluation auf einen Zeitraum beziehen muss, in dem die neuen Regelungen bereits in der Praxis umgesetzt werden. Diese 3-Jahres-Frist jedoch auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelungen nach Absatz 8 zu beziehen, ist nicht ausreichend klar und in der Sache ungeeignet. Unklar ist, ob mit „3 Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen“ das Inkrafttreten des Absatzes 8 oder der geänderten Richtlinie des G-BA gemeint ist. Selbst bei Letzterem bliebe unberücksichtigt, dass zur Umsetzung der Regelungen auch die Anpassung der Verordnungsmuster (siehe Stellungnahme zu Nr. 6) und die Regelungen zu den Anforderungen an die Eignung der qualifizierten Pflegefachpersonen in den Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V erforderlich sind (siehe Stellungnahme zu Nr. 7). Der Zeitpunkt der Evaluation sollte deshalb in angemessenem Zeitabstand nach Vorliegen aller Voraussetzungen liegen. Als angemessen wird ein Zeitpunkt 2 Jahre nach Abschluss der erweiterten Rahmenempfehlungen angesehen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3b wird wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

8) „Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Rahmenvorgaben, bei welchen der verordnungsfähigen Maßnahmen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 die erforderliche Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmt werden können ~~zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung~~ entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können, sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.“

Absatz 10 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zwei Jahre nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 ~~der Regelungen nach Absatz 8~~ evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 erhobenen Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 39d – Übergangspflege im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangspflege im Krankenhaus gemäß § 39d SGB V wird als neue Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Sofern unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können, hat die Patientin bzw. der Patient Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege durch die Krankenkasse. Diese hat in dem Krankenhaus stattzufinden, in dem die Behandlung erfolgt ist. Sie ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht und umfasst die ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Der Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für höchstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege (beispielsweise Nachsorgebedarf, fehlende Anschlussversorgung) ist vom Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements der Krankenhäuser einheitlich und nachprüfbar zu dokumentieren.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der nach wie vor bestehenden Probleme beim Entlassmanagement besteht Handlungsbedarf um die Situation der betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die in diesem Änderungsantrag geschaffene Regelung zur Etablierung der Übergangspflege im Krankenhaus führt aber in die falsche Richtung. Dabei sieht der GKV-Spitzenverband grundsätzlich einen Bedarf die Rahmenbedingungen für eine Übergangsbetreuung, z. B. bei einer fehlenden Anschlussbetreuung, besser zu gestalten. Dem Anspruch, eine notwendige und ausgewogene Gestaltung besserer Rahmenbedingungen für eine Übergangsbetreuung zu schaffen, wird man nicht im Schnellverfahren mit einem Änderungsantrag in der Schlussphase eines Gesetzgebungsprozesses gerecht. Hier bedarf es einer breiteren parlamentarischen Debatte, die nicht isoliert einen Sozialleistungsbereich und innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nur einen einzelnen Regelleistungsanspruch in Betracht zieht. Die in diesem Änderungsantrag gefundene Regelung zur Etablierung der Übergangspflege im Krankenhaus als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch

deshalb nicht zielführend. Auch Es besteht die Gefahr, dass mit der hier vorgesehenen Übergangspflege im Krankenhaus Patientinnen und Patienten hospitalisiert werden und wesentlich länger im Krankenhaus verweilen, als nötig. Zu berücksichtigen ist auch, dass gerade die Patientengruppen, die für die Übergangspflege im Krankenhaus in Betracht kommen, oft multimorbide sind und aufgrund von Infektionsgefahr und ähnlichem nach abgeschlossener Behandlung nicht unnötig länger im Krankenhaus verweilen sollten.

Darüber hinaus ist in diesem Kontext problematisch, dass die Krankenkassen in der Praxis oftmals nicht von den Krankenhäusern in das Entlassmanagement eingebunden werden. Die Organisation der Anschlussversorgung und das Erzielen einer nahtlosen Überleitung der Patientinnen und Patienten können sie damit kaum bis gar nicht beeinflussen. Grundsätzlich gilt es daher, zuallererst die Umsetzung des Entlassmanagements in der Praxis zu stärken und unnötige Übergangspflege zu vermeiden. Patientinnen und Patienten länger im Krankenhaus zu behandeln, kann nicht zielführend sein, um den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus zu verbessern. Sofern der individuelle Bedarf der Patientinnen und Patienten für eine Anschlussversorgung die Unterstützung durch die Krankenkasse erfordert, sollte darauf hingewirkt werden, dass diese ausreichend früh vom Krankenhaus informiert wird.

C) Änderungsbedarf

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 64d neu – Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ziel der Regelung ist die Umsetzung der modellhaften Erprobung der Wahrnehmung von bisher ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen, die selbstständig und eigenverantwortlich Tätigkeiten der Heilkunde ausüben. Damit soll auch die bestehende Regelung des § 63 Abs. 3c SGB V gangbar gemacht werden.

B) Stellungnahme

Entsprechend den Ergebnissen der Konzertierten Aktion Pflege wird die modellhafte Heilkundeübertragung auf Pflegefachpersonen unterstützt. Der Schwerpunkt darf dabei nicht nur auf der Substitution ärztlicher Leistungen liegen, sondern muss insbesondere die Sicherstellung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Gesundheit und Pflege beinhalten.

Die Umsetzung der gesetzlichen Regelung zur Heilkundeübertragung nach § 63 Abs. 3c SGB V scheitert oftmals daran, dass Vordrucke aus der vertragsärztlichen Versorgung nicht verwendet werden können und notwendige Leistungserbringer- und Betriebsstättennummern nicht vergeben werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass Folgendes gesetzlich geregelt wird:

- Vordrucke aus der vertragsärztlichen Versorgung können verwendet werden.
- Leistungserbringer- und Betriebsstättennummern können verwendet werden
- Vordrucke aus der vertragsärztlichen Versorgung werden vergeben.

Die Notwendigkeit dieser Änderung besteht auch zu § 64 d neu.

Die Abgrenzung zu dem weiterhin bestehenden § 63 Abs. 3 c SGB V ist nicht eindeutig. Deshalb sollten die Modellvorhaben neuen Typs thematisch über den Rahmen der Richtlinien nach § 63 Abs. 3 c SGB V hinausgehen. Insbesondere sollten mit der neuen gesetzlichen Regelung interprofessionelle Versorgungsangebote für chronisch kranke Menschen erprobt werden. Dabei sollten diese Modellvorhaben nicht auf das Thema

„Wundversorgung/Wundmanagement“ fokussiert sein. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass Pflegefachpersonen im Rahmen erweiterter Pflegepraxis in Zusammenarbeit mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und weiteren an der Versorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen die Versorgung im Rahmen der Primärversorgung (z. B. in strukturschwachen ländlichen Regionen übernehmen könnten. Auch die Themen „berufliche oder hochschulischen Ausbildung als Pflegefachperson, die Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis vorweisen, wie z. B. Advanced Practice Nurse/Community Health Nurse“ sind von zentraler Bedeutung und sollten bei den Modellvorhaben einbezogen werden können.

Nach § 14 PflBG können im Rahmen der beruflichen oder hochschulischen Ausbildung erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erworben werden. Um Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung ebenfalls diese Perspektive zu eröffnen und ihre oft langjährige praktische Expertise wirksam in die Versorgung einbringen zu können, braucht es die Möglichkeit einer Weiterbildung zum Erwerb der o. a. erweiterten Kompetenzen. Dies wäre vor dem Hintergrund der für 2021 angekündigten Veröffentlichung der standardisierten Module seitens der Fachkommission nach § 53 PflBRefG eine geeignete Grundlage für die Weiterbildungsverordnungen in den Ländern. Nach Abschluss dieser Weiterbildung wären diese Pflegefachpersonen ebenfalls zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt. Hierzu bedarf es einer ergänzenden gesetzlichen Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzende gesetzliche Sicherstellung zur Verwendung der Vordrucke aus der vertragsärztlichen Versorgung und der Verwendung von Betriebsstättennummern. Außerdem ist der Erwerb der erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten auch im Rahmen der Weiterbildung zu ermöglichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

**§ 87 Abs. 1 – Anpassung der Verordnungsmuster an die erweiterten Kompetenzen von
Pflegefachpersonen**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Verordnung im Rahmen der erweiterten Kompetenzen der Pflegefachpersonen
(vergleiche Änderungen zu Nr. 3b) im Rahmen der HKP verwendeten Verordnungsvordrucke
sollen so gestaltet werden, dass sie von den übrigen Verordnungen im Rahmen der
häuslichen Krankenpflege zu unterscheiden sind.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der beabsichtigten Regelung zur
erweiterten Kompetenz der Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.
Diese Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.05.2021

zu den fachfremden Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) zu Artikel 1 SGB V

Seite 14 von 15

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 132a Abs. 1 – Regelungsauftrag der Rahmenempfehlungspartner zur Eignung von Pflegefachpersonen mit erweiterter Kompetenz und zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V sollen Anforderungen an die Eignung der qualifizierten Pflegefachpersonen, die Leistungen im Rahmen erweiterter Kompetenzen erbringen können, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer Versorgung mit erweiterten Kompetenzen der qualifizierten Pflegefachpersonen geregelt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der beabsichtigten Regelung zur erweiterten Kompetenz der Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Diese Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 07.05.2021

zu den fachfremden Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) zu Artikel 1 SGB V

Seite 15 von 15

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 132m – Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemäß § 132m SGB V mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d SGB V.

B) Stellungnahme

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen nicht quantifizierbare Mehrausgaben aufgrund der zwischen den Vertragsparteien zu verhandelnden Vergütung und der Inanspruchnahme durch die Versicherten. Insgesamt besteht die Gefahr, dass der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Mehrausgaben entstehen.

Der GKV–Spitzenverband sieht grundsätzlich einen Bedarf die Rahmenbedingungen für eine Übergangsbetreuung, z. B. bei einer fehlenden Anschlussbetreuung, besser zu gestalten. Die im Änderungsantrag geschaffene Regelung zur Etablierung der Übergangspflege im Krankenhaus führt aber in die falsche Richtung. Siehe hierzu die detaillierte Kommentierung zu Nr. 4 § 39d – Übergangspflege im Krankenhaus.

C) Änderungsbedarf

Streichung.