

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)61(15)
gel. VB zur öffent. Anh. am
09.11.2022 - KHPfIEG
09.11.2022



**Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 08.11.2022**

**zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**

**Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Kranken-
haus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswe-
sen und in der Digitalisierung**

(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

BT-Drs. 20/3876

sowie zu den

fachfremden Änderungsanträgen

Ausschussdrucksache 20(14)63.2

I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu den fachfremden Änderungsanträgen zum zugrundeliegenden Gesetzentwurf und im nachfolgenden Umfang Stellung. Zu weiteren Aspekten und zum Gesetzentwurf selbst wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

II. Einzelbemerkungen

Zum Änderungsantrag 4 der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Zu Artikel 1 Nummer 0 neu (§ 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Long-COVID-Versorgung

In Artikel 1 wird vor der Nummer 1 folgende Nummer 0 eingefügt:

0. Nach § 92 Absatz 6b wird folgender Absatz 6c eingefügt:

„(6c) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen.“

Bewertung:

Mit der Regelung wird dem G-BA der gesetzliche Auftrag erteilt, für eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf Spätsymptome einer COVID-19-Erkrankung (Long-COVID bzw. Post-COVID) Regelungen zu treffen, damit eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung Anwendung finden kann. Hierzu kann er Vorgaben treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen, um lange Odysseen der Betroffenen zu vermeiden. Der G-BA hat hierzu eine neue eigenständige Richtlinie zeitnah bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zu beschließen.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen den gesetzlichen Auftrag, da sie die Ansicht des Gesetzgebers teilen, dass es dringend geboten ist, bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine Post- bzw. Long-COVID-Erkrankung zumindest einen einheitlichen Behandlungs- und Versorgungspfad zu definieren. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass eine standardisierte Diagnostik durchgeführt wird und anschließend patientenspezifische Therapieschwerpunkte bzw. Behandlungsempfehlungen festgelegt werden.

Hinzuweisen ist jedoch auf den Umstand, dass es für die Diagnose bislang keine verlässlichen Marker oder Untersuchungsergebnisse gibt, so dass es sich derzeit noch um eine Ausschlussdiagnose handelt. Auch stehen zur Versorgung von Post- bzw. Long-COVID noch keine kausalen Therapien zur Verfügung und es existieren derzeit keine S2k- oder S3-Leitlinien. Die Erkenntnisse aus laufenden bzw. geplanten Forschungsprojekten werden erst zu späteren Zeitpunkten zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund wird ein schrittweises Verfahren zur Umsetzung durch den G-BA notwendig sein, bei dem zunächst im ersten Schritt Vorgaben bezüglich einer strukturierten Diagnostik und Überweisung beschlossen werden sollten.

Wie zuletzt auch das Robert Koch Institut berichtet¹, leidet ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten infolge Post- bzw. Long-COVID an einem Symptomkomplex, der dem Krankheitsbild für Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) entspricht. Derartige postinfektiöse Syndrome sind bereits nach Infektionen mit anderen Viren beschrieben worden (z. B. Epstein-Barr-Virus (EBV), Influenzaviren, SARS-CoV-1 und Ebolavirus) und im Anschluss an frühere Pandemien gehäuft aufgetreten. Auch für diese Patientinnen und Patienten fehlt es an der erforderlichen flächendeckenden interdisziplinären und standardisierten Diagnostik und einem zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot.² Deshalb und wegen der Überschneidungen der Krankheitsbilder und der möglichen Therapieansätze sollte die neue Versorgungsform nicht auf die Ursache einer COVID-Infektion beschränkt, sondern auch begrifflich für Patientinnen und Patienten mit vergleichbarer Ursache bzw. Krankheitsausprägung vorgesehen werden.

¹ Epidemiologisches Bulletin des RKI vom 03.11.2022, S. 3f. mit weiteren Nachweisen, im Internet abrufbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/44_22.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/44_22.pdf?blob=publicationFile) (zuletzt abgerufen am 8.11.2022)

² Siehe das hierzu vom Innovationsfond geförderte Projekt „CFS_CARE – Versorgungskonzept für Patienten mit Chronischem Fatigue Syndrom/Myalgischer Enzephalomyelitis (CFS/ME)“, Beschreibung dazu im Internet abrufbar unter [CFS_CARE – Versorgungskonzept für Patienten mit Chronischem Fatigue Syndrom/Myalgischer Enzephalomyelitis \(CFS/ME\) - G-BA Innovationsfonds](#) (zuletzt abgerufen am 08.11.2022)

Zum Änderungsantrag 15 der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Zu Artikel 1 Nummer 0, 1a (§§ 39, 115e, und 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Einführung der Krankenhaustagesbehandlung; Spezielle sektorengleiche Vergütung

1. Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

„0. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „stationsäquivalent“ ein Komma und wird das Wort „tagesstationär“ eingefügt.
- b) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „stationsäquivalente“ die Wörter „oder tagesstationäre“ eingefügt.
- c) In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die tagesstationäre Behandlung umfasst eine täglich mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus“ eingefügt.
- d) Satz 5 wird wie folgt gefasst: „Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

2. Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Nach § 115d werden die folgenden §§ 115e und 115f eingefügt:

§ 115e

Tagesstationäre Behandlung

(1) Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung mit einer täglich mindestens sechsstündigen ärztlichen oder pflegerischen Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Leistungen nach den §§ 115b und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden.

Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 bis Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.

(2) Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.

[...]

§ 115f

Spezielle sektorengleiche Vergütung

[...]

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder begrüßen gesetzliche Initiativen, mit denen Anreize zur Umwandlung von bisher (rein) stationären Behandlungen in teilweise ambulante Versorgung gesetzt werden und ein effizienterer Einsatz von ärztlichen und pflegerischen Fachkräften im Krankenhaus gelingt.

Es bestehen aber grundsätzliche Bedenken, ob die Einführung von Krankenhaustagesbehandlungen aufgrund der erkennbaren rechtlichen Risiken für die Krankenhäuser die verfolgten Zwecke erreichen. Dabei stehen zwei Aspekte im Vordergrund:

1. Die Voraussetzungen für eine Tagesbehandlung sind so unbestimmt, dass mit einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten über deren Vorliegen im Einzelfall zu rechnen ist. Das maßgebliche Kriterium „mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung“ erscheint zwar gut handhabbar, wird aber in Praxis und Rechtsprechung zu Unsicherheiten und Verwerfungen führen. Für die erforderliche Einschätzung des Krankenhauses wird zunächst das Problem entstehen, was unter einer „Behandlung“ in diesem Sinne zu verstehen ist. Dabei wird zurecht in Zweifel gezogen werden, ob die übliche Dauer der Anwesenheit der Patientinnen oder der Patienten (von 6 Stunden) bereits hinreichend ist, da diese Zeiten vom Krankenhaus steuerbar sind (z. B. durch Verlängerung der Wartezeit zwischen den durchzuführenden diagnostischen Verfahren). Angesichts der Unsicherheit werden Krankenhäuser womöglich den pflegerischen Aufwand erhöhen (was der gesetzlichen Intention widerspricht), um ihre Einschätzung zu unterfüttern. In Fehlbelegungsprüfungen wird vom Krankenhaus zu begründen und im Zweifelsfalle zu belegen sein, warum überhaupt eine Indikation für eine „stationäre somatische Behandlung“ im Sinne des § 115e Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgelegen hat und warum andere vollstationäre Fälle nicht ebenfalls in tagesstationäre Behandlungen umgewandelt wurden. Zur Vermeidung dieser Unsicherheiten braucht es weitere Konkretisierungen von Kriterien und Verfahren; erkennbar enthält die Gesetzesbegründung eine Reihe von wichtigen und richtigen Bedingungen, welche verbindlich festzuschreiben sind.

Es wird deshalb vorgeschlagen, durch untergesetzliche Rechtsnorm (vorzugsweise Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit) eine Konkretisierung der Voraussetzungen und des Verfahrens zur Einschätzung der Krankenhaustagesbehandlung gesetzlich vorzusehen.

2. Auch die Entscheidung des Krankenhauses, die Patientin oder den Patienten nicht über Nacht zu versorgen, dürfte regelmäßig mit so hohen haftungsrechtlichen Risiken verbunden sein, dass die gesetzlichen Entlastungszwecke nicht oder nur kaum erreicht werden. Zu Recht weist die Begründung (zu Nr. 2; § 115e zu Absatz 1) darauf hin, dass bei Patientinnen oder Patienten, bei denen die erforderliche häusliche Versorgung über Nacht nicht sichergestellt ist, keine tagesstationäre Behandlung erfolgen kann. Daraus folgt aber auch die Notwendigkeit, dass das Krankenhaus sich ein Bild über die häusliche Versorgungslage verschaffen muss, was in der Praxis nur durch die Angaben der Patientin oder des Patienten erfolgen kann. Dies macht ein umfassendes Aufklärungsgespräch erforderlich, in dem die Patientin oder der Patient über Einschränkungen (z. B. beim Treppensteigen) und besondere Anforderungen (z. B. bei der täglichen Hygiene) informiert wird. Es wird deshalb auch nicht als hinreichend angesehen, dass der Gesetzentwurf lediglich eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten zu Beginn der tagesstationären Behandlung vorsieht. Vielmehr ist die Verpflichtung des Krankenhauses zur Aufklärung und zur Einholung des Patienteneinverständnisses bei Entlassung ebenfalls gesetzlich festzuschreiben oder zum Bestandteil der vorgeschlagenen Verordnung zu bestimmen.

Es wird deshalb vorgeschlagen, durch Ergänzung im Gesetz oder durch untergesetzliche Rechtsnorm (vorzugsweise Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit) eine Konkretisierung der Voraussetzungen und des Verfahrens zur Einschätzung der Krankenhaustagesbehandlung vorzusehen.

3. Des Weiteren wird auf folgende Unstimmigkeiten hingewiesen:
 - a) Es ist dem Grunde nach richtig, dass die tagesstationäre Behandlung keinen Anspruch auf Fahrkosten nach § 60 SGB V auslösen darf. Allerdings erscheint der derzeitige Entwurf von § 115e Absatz 2 SGB V zu weitgehend, weil damit auch Krankenfahrten, welche aufgrund der Krankentransport-Richtlinie des G-BA (KT-RL) auch zur ambulanten Einrichtungen von der Krankenkasse zu übernehmen wären (z. B. zur Dialysebehandlung oder onkologischen Strahlentherapie; vgl. Anlage II KT-RL), im Rahmen der tagesstationären Behandlung ohne Transportanspruch versehen wären.

Es wird deshalb vorgeschlagen, Absatz 2 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auch Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Krankenfahrten, welche nach den Krankentransportrichtlinien (KT-RL) gemäß § 60, auch zu ambulanten Einrichtungen erstattungsfähig wären.“

- b) Der Ausschluss nach Absatz 1 Satz 3 in § 115e ist ungenau und in der Zielsetzung zu weitreichend.

Ungenau ist er, weil § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB V den Anspruch auf häusliche Krankenpflege in den Fällen sperrt, in denen Krankenhausbehandlung geboten und ausführbar ist. Da aufgrund der Änderung von § 39 SGB V auch die tagesstationäre Behandlung als Krankenhausbehandlung zu verstehen ist, würde bei einer tagesstationären Behandlung der Anspruch auf häusliche Krankenpflege automatisch untergehen. In diesem Sinne wäre die Regelung unnötig, weil ins Leere gehend.

Selbst bei einer gesetzlichen Klarstellung in dieser Hinsicht wäre darauf zu achten, dass die Regelungen nicht zu weitreichend gelingt, weil der Anspruch unabhängig von dem tagesstationär bedienten Behandlungsbedarf bereits zuvor entstanden sein könnte und auch weiterhin bestehen sollte. Wird also eine Patientin oder ein Patient mit einem laufenden Anspruch auf häusliche Krankenpflege für einen kurzen Zeitraum zu einer stationären Behandlung aufgenommen, ist nicht ersichtlich, warum eine tagesstationäre Behandlung für ihn ausgeschlossen sein sollte.

Es wird deshalb vorgeschlagen, Satz 3 in Absatz 1 wie folgt zu fassen:

„Ein Anspruch auf Leistung nach § 37 kann während einer tagesstationären Behandlung nicht entstehen.“

- c) Die Ausführungen in der Begründung, dass für die tagesstationären Behandlungen *„die gleichen Qualitätsanforderungen wie für eine vollstationäre Behandlung“* gelten, werden ausdrücklich begrüßt. Es erscheint jedoch erforderlich, auch dies verbindlich festzulegen, um eine Flucht aus der Qualitätssicherung zu vermeiden.
4. Die Regelung zur speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V wird dem Grunde nach begrüßt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die vorgesehenen sektorengleichen Vergütungen nicht zu einem Unterlaufen des Vorbehalts nach § 135 SGB V für ambulant erbringbare ärztliche Methoden führen dürfen.

Prof. Josef Hecken
(Unparteiischer Vorsitzender)

Dr. Monika Lelgemann MSc
(Unparteiisches Mitglied)

Karin Maag
(Unparteiisches Mitglied)