



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)61(22)
gel. VB zur öffent. Anh. am
09.11.2022 - KHPfLEG
09.11.2022



ENTWURF EINES GESETZES ZUR PFLEGEPERSONALBEMESSUNG IM KRANKENHAUS SOWIE ZUR ANPASSUNG WEITERER REGELUNGEN IM KRANKENHAUSWESEN UND IN DER DIGITALISIERUNG (KRANKENHAUSPFLEGEENTLASTUNGS GESETZ- KHPFLEG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN (FACHFREMDEN)
ÄNDERUNGSANTRÄGEN DER FRAKTIONEN SPD, BÜNDNIS 90/ DIE
GRÜNEN UND FDP – AUSSCHUSS-DRUCKSACHE 20(14)63.2 VOM 08.
NOVEMBER 2022

9. NOVEMBER 2022

INHALT

KOMMENTIERUNG	3
Änderungsantrag Nr. 2 „Heil- und Hilfsmittelpaket“	3
Änderungsantrag Nr. 4 „G-BA Richtlinie zur Versorgung von Long-COVID Patienten“	4
Änderungsantrag Nr. 15 „Einführung der Krankenhaustagesbehandlung; Spezielle sektorengleiche Vergütung“	6

Zur Kommentierung

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

KOMMENTIERUNG

ÄNDERUNGSANTRAG NR. 2 „HEIL- UND HILFSMITTELPAKET“

Artikel 1 Nr. 1a – Aufhebung der Verpflichtung zur zusätzlichen Anerkennung der Verträge nach § 125a SGB V

Sachverhalt

Heilmittelerbringer sollen nicht verpflichtet werden, eine Versorgung auf Grundlage einer Blankoverordnung anzubieten. Daher soll eine Anerkennung der Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung keine Voraussetzung für die Zulassung von Leistungserbringern im Heilmittelbereich sein.

Bewertung

Der Vorschlag wird aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgelehnt, da damit keine flächendeckende Umsetzung der Blankoverordnung sichergestellt werden kann. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass dadurch ein bürokratischer Mehraufwand für Ärzte und Patienten entsteht.

Im Fall einer Blankoverordnung müsste der Versicherte gezielt zugelassene Leistungserbringer ausfindig machen. Dabei besteht die Gefahr, dass insbesondere in strukturschwachen Regionen keine wohnortnahe Versorgung erfolgen kann, weil die Heilmittelerbringenden im jeweiligen Einzugsgebiet keine Leistungen anbieten. In diesem Fall müsste die Verordnung ggf. vom Verordnenden nachträglich geändert werden, was mit unzumutbarer Bürokratie verbunden wäre und vor dem Hintergrund der generell langen Wartezeiten bei Heilmittelerbringenden eine deutliche Verzögerung der Therapie nach sich ziehen würde.

Artikel 1 Nr. 1c – Aufhebung der Vorgabe, dass in jedem Heilmittel ein Vertrag zur Blankoverordnung abgeschlossen werden muss

Sachverhalt

Gemäß § 125a Abs. 1 Satz 1 SGB V wäre für jeden Heilmittelbereich ein Vertrag zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) abzuschließen. Die Regelung soll nun dahingehend geändert werden, dass die maßgeblichen Spitzenorganisationen selbst entscheiden können, ob sie für ihren jeweiligen Bereich einen solchen Vertrag abschließen oder darauf verzichten.

Es wird davon ausgegangen, dass in einzelnen Heilmittelbereichen kein Bedarf für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gesehen wird. Bereits heute gäbe es bei der Ausgestaltung der Therapie ohne Blankoverordnung erhebliche Spielräume oder die Spielräume wären aufgrund der geringen Zahl unterschiedlicher Behandlungsarten gering.

Bewertung

Der Vorschlag wird aus Sicht der KBV abgelehnt, da andernfalls zu befürchten stünde, dass gar keine Verträge zu Stande kommen.

Auch wenn in einigen Leistungsbereichen bei der Auswahl der Heilmittel bereits heute einige Spielräume bestehen, bliebe der Gestaltungsspielraum in Bezug auf Dauer und Häufigkeit der Therapie unflexibel. Dadurch würde der wesentliche Vorteil der Blankoverordnung, der flexiblen Anpassung der Therapiedauer und Häufigkeiten durch Therapeuten an die individuellen patientenspezifischen Bedürfnisse, ungenutzt bleiben.

Das Ziel der Übertragung der erweiterten Versorgungsverantwortung als wesentliche Forderung der Heilmittelerbringerverbände im Rahmen der Heilmittelreform nach HHVG (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG 2017) und Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG 2019) würde nicht erreicht werden.

Artikel 1 Nr. 1c – Einschränkung der Beteiligungsrechte von KBV/BZBV

Sachverhalt

Zu den Indikationen, die in eine Blankoverordnung einbezogen werden können, ist aktuell das Einvernehmen mit KBV und KZBV herzustellen.

Dies soll dahingehend geändert werden, dass die Auswahl der Indikationen allein von den Vertragspartnern getroffen wird. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen soll nur noch die Möglichkeit eingeräumt werden, im Rahmen einer Stellungnahme angehört zu werden.

Bewertung

Der Vorschlag wird aus Sicht der KBV abgelehnt.

In Kenntnis der aktuellen Diskussionen im Bereich der Physiotherapie, bei der nur eine medizinische Indikation umgesetzt werden soll, lässt befürchten, dass die Umsetzung der Blankoverordnung als Regelversorgung weit hinter dem bereits in Modellvorhaben erprobten Leistungsumfang zurückbleibt. In den in 2011 gestarteten regionalen Modellvorhaben im Rahmen von § 63 Abs. 3b SGB V wurden bereits deutlich breitere Indikationsbereiche untersucht. Zum einen war der gesamte Indikationsbereich M00-M99 und zum anderen alle Indikationen der Erkrankungen an der Wirbelsäule (Diagnosegruppe WS) und den unteren Extremitäten (EX) enthalten.

Eine Einbeziehung der Ärzteschaft ausschließlich im Rahmen einer Stellungnahme wird deren medizinisch-therapeutischer Expertise in den einzelnen Indikationsbereichen, die sich für eine Blankoverordnung besonders eignen, nicht gerecht und reduziert die Möglichkeiten zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags, Indikationen, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten geeignet sind, einzubeziehen, erheblich.

Im Zuge der Herstellung des Einvernehmens zu den in eine Blankoverordnung einzubeziehenden Indikationen würde sich die KBV gleichberechtigt zu den Vertragspartnern für ein angemessenes Indikationsspektrum einsetzen, das gleichzeitig den besonderen Anforderungen an die Versorgungssicherheit gerecht wird.

ÄNDERUNGSANTRAG NR. 4 „G-BA RICHTLINIE ZUR VERSORGUNG VON LONG-COVID PATIENTEN“

Die Implementierung einer verpflichtend multiprofessionellen Diagnosefindung aller Long-/ Post-COVID Verdachtsfälle mit anschließender verbindlicher Zuleitung zu einem berufsgruppenübergreifenden, multimodalen Therapieangebot steht in einem unmittelbaren Widerspruch zur aktuellen Expertenempfehlung einer anamnestischen Diagnosestellung und eines symptomorientierten Vorgehens in der hausärztlichen Versorgung. Die weiterführende interdisziplinäre Abklärung und ggf. Behandlung wird lediglich für eine kleinere Subgruppe von Patienten mit konkreten Warnhinweisen empfohlen bzw. wenn Einschränkungen länger als drei Monate persistieren.

Analysen vertragsärztlicher Versorgungsdaten weisen darauf hin, dass dieses leitliniengerechte Vorgehen umfangreich Anwendung findet. Für die im Änderungsantrag suggerierte systematische Fehl- oder Unterdiagnostik bzw. Verzögerung in der Behandlung von Patienten mit Long-/ Post-COVID liegen hingegen keine Hinweise vor.

Im Jahre 2021 wurden fast 400.000 Personen mit Long-/ Post-COVID in den vertragsärztlichen Praxen diagnostiziert und behandelt, davon der überwiegende Anteil (75 %) in der hausärztlichen Versorgung.

Dabei ist die am häufigsten angewendete Behandlungsleistung das ärztliche Gespräch. Zudem unterstützen aktuelle Sekundärdaten-Analysen die Ergebnisse klinischer Studien, die darauf hinweisen, dass insbesondere nach asymptomatischer oder milder COVID-19-Infektion die Symptome eines Long-/ Post-COVID nach drei Monaten zumeist vollständig abklingen. Weiterhin weisen 58 % aller Patienten genau ein Symptom auf, 84 % haben ein bis zwei Symptome vorliegen. Diese Patientengruppe profitiert voraussichtlich nicht von multifaktoriellen Therapiekonzepten, sondern sollte eine fokussierte Behandlung ihrer Beschwerden erhalten.

Es ist nicht nachvollziehbar, welche positiven Versorgungseffekte erzielt werden sollen, indem für einen Großteil der Patienten mit Long-/ Post-COVID der etablierte Zugang zu einer zügigen und niedrigschwelligen Diagnosestellung sowie eines befundorientierten therapeutischen Vorgehens entzogen wird. Allenfalls für Patienten mit besonders schwerwiegenden Verläufen kann eine Versorgung im Sinne des Änderungsantrages ggf. eine Verbesserung darstellen.

Folgender Änderungsvorschlag:

„(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 Long-COVID und stark beeinträchtigendem, schwerem Verlauf. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen.“

Begründung

Mit der Regelung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der gesetzliche Auftrag erteilt, für eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung von Patienten mit dem Verdacht auf eine schwere Long-COVID Erkrankung Regelungen zu treffen, damit eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung Anwendung finden kann. Hierbei sollen mit dem Ziel einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung der Betroffenen strukturierte Versorgungspfade verbindlich beschrieben, notwendige multiprofessionelle Zusammenarbeit vorgegeben sowie Mindestanforderungen an Diagnostik und Therapie definiert werden. Durch die Vorgaben soll sichergestellt werden, dass eine standardisierte Eingangsdagnostik durchgeführt wird und anschließend multiprofessionell eine Diagnose gestellt und Behandlungsschwerpunkte festgelegt werden, um lange Odysseen der Betroffenen zu vermeiden. Zentral dürfte hierbei der zeitnahe Zugang zu einer hoch qualifizierten interdisziplinären Diagnostik sein. Während die Versorgung der meisten Patienten mit Long-COVID weit überwiegend durch Hausärztinnen und Hausärzte in enger fachärztlicher Abstimmung erfolgt, sind für das Erkennen und Abgrenzen schwerer Verläufe dezidiert interdisziplinär aufgebaute Strukturen zu bilden, um Fehlallokationen im Vorfeld zu vermeiden.

Dieser interdisziplinären Diagnostik muss sich dann der Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot anschließen. Hierzu braucht es eine enge berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und Netzwerke mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern (insbesondere von Hausärzten, Pneumologen, Kardiologen, Neurologen, Psychiatern und Psychologen) sowie weiteren interdisziplinären Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren, Spezialambulanzen und Rehabilitationskliniken und weiteren Berufsgruppen (unter anderem unter Einbeziehung von Heilmittelangeboten und Edukationsprogrammen).

Damit kann u.a. den Forderungen des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2022 Rechnung getragen werden, wonach als dringend notwendige Maßnahmen u. a. die Etablierung flächendeckender, intersektoraler und interdisziplinärer Versorgungsstrukturen (Versorgungsalgorithmen, Netzwerke, Bündelung der Fachexpertise) und eine enge Verzahnung ambulanter und klinischer Versorgungsstrukturen mit konsentierten Qualitätskriterien in der Behandlung von Long-/Post-COVID-Betroffenen gefordert werden.

Der G-BA kann leitliniengerechte Versorgungspfade festlegen, an denen sich die Leistungserbringer für eine strukturierte Versorgung orientieren - ohne aber durch Vorgabe zusätzlicher Strukturen und Anforderungen, die eine Behandlung von entsprechenden Patienten ggf. auf zu wenige Leistungserbringer reduzieren und damit etwaige Wartezeiten noch weiter zu verlängern.

Der G-BA hat die Vorgaben in einer neuen eigenständigen Richtlinie und zeitnah bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zu beschließen.

ÄNDERUNGSANTRAG NR. 15 „EINFÜHRUNG DER KRANKENHAUSTAGESBEHANDLUNG; SPEZIELLE SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG“

§115 e SGB V

Wie vielfach publiziert und festgestellt, werden nach wie vor zu viele Eingriffe und Behandlungen, die nach medizinischen Standards ambulant erbracht werden können, vollstationär durchgeführt. Im Unterschied zu europäischen Nachbarländern werden Patienten deshalb vollstationär aufgenommen, was neben vermeidbaren persönlichen Belastungen der Erkrankten immer mehr an personelle Grenzen, insbesondere im Pflegebereich, der Kliniken stößt.

Der Gesetzgeber hat dieser Entwicklung der Ambulantisierung der Versorgung durch eine in den letzten Jahren immer weitergehende Öffnung der Kliniken für die ambulante und vertragsärztliche Versorgung schon umfassend Rechnung getragen. Durch die Gründung von MVZ können Kliniken vollumfänglich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, mit der Einrichtung von Institutsambulanzen, nicht nur im Bereich der seelischen Gesundheit, ist eine ambulante Leistungserbringung durch Selbsterklärung jederzeit möglich. Neben tagesklinischen Behandlungen im Bereich der Psychiatrie, der Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung in der Häuslichkeit von Patienten oder der vor- und nachstationären Behandlungen bestehen zahlreiche weitere Möglichkeiten für Kliniken ambulante Leistungen zu erbringen.

Die Einführung einer vollstationären Behandlung ohne Übernachtung als zusätzliche ambulante Öffnung der Klinik, setzt diese Reihe von nicht wirklich aufeinander abgestimmten und synergistisch zusammenwirkenden Einzelmaßnahmen fort und ist deshalb kritisch zu werten. Ob damit das von der Krankenhauskommission verfolgte Ziel eines Rückgangs von Übernachtungsleistungen erreicht wird muss bezweifelt werden.

Wichtig ist deshalb, dass gleichzeitig die Perspektive einer sektorengleichen Vergütung für ehemals stationäre, heute ambulante Leistungen auf den Weg gebracht wird. Dies entspricht der Intention der Empfehlungen der Krankenhauskommission, die nach Gesetzesbegründung die Grundlage für den Gesetzesentwurf darstellen. Die dem Grunde nach alleinig der Finanzierung des Status quo dienende Regelung des §115e SGB V kann deshalb nur dann als Schritt in Richtung einer Ambulantisierung nicht mehr erforderlicher stationärer Leistungen verstanden werden, wenn die Perspektive einer sektorengleichen Vergütung eröffnet wird.

Kontakt:

Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Tel.: 030 4005-1060

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 183.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.