



Pandemie des Corona-Virus 19 - Erhalt einer leistungsfähigen ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgungsstruktur GPA Initiative vom 13. April 2020

Der Gesundheitspolitische Arbeitskreis (GPA) der CDU NRW befürwortet die Bereitstellung von finanziellen Mitteln zur Unterstützung der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung durch das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz vom 27.03.2020) und die damit verbundene Ergänzung in §87a Abs. 2a und 3b SGB V für die vertragsärztliche Versorgung. Ebenso begrüßt der GPA diejenigen Maßnahmen, die im Zuge der COVID-19-VST-SchutzV für Heilmittelerbringer und Müttergenesungswerke (und ähnliche Einrichtungen) herbeigeführt wurden. In einem Eckpunktepapier der Bundesregierung vom Mai dieses Jahres ist eine weitere Überbrückungshilfe für Mittelständler, Soloselbstständige und Freiberufler geplant, wenn über 60 Prozent Umsatzeinbußen im April und Mai gegenüber 2019 zu erwarten sind.

Während die Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser gesetzlich eindeutig geregelt wurden, berücksichtigt der Stabilisierungspakt die aktuelle und zukünftige Situation bezüglich der COVID-Pandemie in ambulanten Gesundheitseinrichtungen aus unserer Sicht nur unzureichend. Dies betrifft sowohl ambulante Kassenarztpraxen, insbesondere Kassenzahnarztpraxen als auch die Heilmittelerbringer (u.a. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Hilfsmittelerbringer sowie ambulante Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsverträgen nach § 111 c SGB V und Selektivverträgen zur Besonderen Versorgung nach § 140 SGB V.

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland im ambulanten und stationären Bereich über eine weltweit fast einmalige Infrastruktur. Diese hat maßgeblich dazu beigetragen, dass gerade wegen der hohen Bettenzahl und des immer wieder kritisierten niedrigschwelligen Zugangs auch zur fachärztlichen medizinischen Versorgung (z.B. schnelle Diagnostik und Labormedizin) unser Gesundheitssystem auf diese Pandemie bislang so gut reagieren konnte. Ohne die ambulante vertragsärztliche/vertragszahnärztliche und apothekerliche ambulante Versorgung wäre die stationäre Versorgung schon allein aufgrund des zunehmenden demographischen Wandels mit der damit verbundenen Morbiditätssteigerung überfordert und damit deutlich kostenintensiver.

Daraus folgt zwingend, dass der Stabilisierungspakt im Rahmen der COVID-19 Pandemie auf alle Arztgruppen in der vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. auf alle akademischen Heilberufe und auf die nicht-akademischen Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie weiteren Gesundheitseinrichtungen (s.o.) auszuweiten ist.

Wirtschaftliche Sicherheit für ambulante medizinische Versorgungseinrichtungen am Beispiel der Vertragsärzte:

Oberstes Ziel muss es sein, auch in dieser Krisenzeit eine intakte ambulante medizinische Versorgungsstruktur zu erhalten.

Folgende Probleme stehen dabei im Vordergrund:

Aufgrund der derzeitigen Corona-Maßnahmen, drohen angesichts niedriger Fallzahlen/Fallwerte (nicht realisierte notwendige Behandlungen von Patienten) deutliche Honorareinbrüche und die Gefahr erheblicher wirtschaftlicher Risiken für Arztpraxen und andere ambulante medizinische Einrichtungen, unter anderem auch deshalb, weil zur Verhinderung der Pandemieausbreitung alle medizinischen Einrichtungen angehalten sind, das Patientenaufkommen auf ein notwendiges Minimum zu beschränken.

Die angenommenen erhebliche Fallzahl-/ und Fallwertreduzierung in den Arztpraxen können zu Honorareinbußen in der Größenordnung von 30 bis 50 Prozent führen. Hierbei sind die Rückgänge im Rahmen von Selektivverträgen und bei Privatpatienten noch nicht mit einbezogen.

Die Vergütung der kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Vertragsärzte besteht im Wesentlichen aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Diese MGV wird von den Krankenkassen als voraussichtlicher Behandlungsbedarf quartalsweise ermittelt und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überwiesen. Zur Bestimmung der MGV werden Parameter wie Morbidität und Demographie miteinbezogen. Vor allem richtet sich die MGV jedoch nach der MGV des Vorjahresquartals. Es ist eine Kernaufgabe der KVen und KZVen, die Verteilung der MGV vorzunehmen und den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen.

Um mit gleichmäßigen Einnahmen kalkulieren zu können, erhalten Kassenärzte/Kassenzahnärzte von den KVen und KZVen eine monatliche Abschlagszahlung sowie quartalsweise eine Gesamtabrechnung mit einer Restzahlung, falls die Quartalsleistung die Abschlagszahlungen übersteigt. Im umgekehrten Fall erfolgt eine Rückzahlung. Die Honorarverteilung der KVen bzw. den KZVen und damit verbundenen Leistungserbringung erfolgt nach Fallzahlen pro Quartal, die Regeln sind im HVM (Honorarverteilungsmaßstab) der jeweiligen KVen/KZVen festgelegt.

In 2020 wird voraussichtlich - trotz reduzierter Leistungsmenge - die MGV, berechnet u.a. nach der MGV und Leistungsanforderung des Vorjahres 2019 an die KVen/KZVen ausgekehrt. Für 2020 sollte ein Modus gefunden werden, wie z.B. durch Anpassung der Punktwerte eine Ausschüttung an die Praxen vergleichbar mit dem Vorjahresniveau erfolgt, um zumindest die Ausfälle in diesem Bereich der budgetierten ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu kompensieren. Ebenso muss einem Honorareinbruch in 2021 vorgebeugt werden, der entstehen würde, wenn die MGV nach dem Bedarf von 2020 - ohne Ausgleichmodus bzw. Punktwertanpassung - berechnet wird.

Diese Maßnahmen sind erforderlich, um die bereits beschriebenen drohenden Folgen für die kassenärztliche/kassenzahnärztliche Versorgung abzuwenden.

Der § 2a des COVID Gesetzes schafft zwar etwas Handlungsspielraum für die KVen, stellt jedoch in Bezug auf die beschriebene Honorar-Problematik keine Lösung dar.

Aufgrund der Corona-Ausnahmesituation ist eine eindeutige Regelung zur wirtschaftlichen Absicherung, wie sie auch für stationäre Einrichtungen vorgenommen wurde, auch für die ambulante Gesundheitsversorgung notwendig.

Die Problematik kann dadurch geregelt werden, dass die MGV bei einem Leistungseinbruch von mehr als 10 Prozent in 2021 nicht auf das Corona-Krisenjahr 2020 bezogen wird, sondern das Jahr 2019 als Bezugsgröße für die MGV herangezogen wird. Ansonsten droht ggf. Handlungsunfähigkeit der KVen/KZVen sowie ein Zusammenbruch der ambulanten kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Versorgung.

Deshalb ist zu fordern, dass den KVen/KZVen bei einem Einbruch der MGV bedingt durch die Corona-Krise um mehr als 10 Prozent die MGV von 2019 zzgl. dem Kostensteigerungssatz gesetzlich zugesichert wird.

Weiterhin ist auch eine Unterstützung der Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vonnöten.

Auch hier hat der coronabedingte „shut down“ zu einer erheblichen Minderung der Patientenzahlen geführt.

Die Abrechnung der medizinisch therapeutischen Leistungen erfolgt nach Therapie direkt mit den Krankenkassen und das Honorar wird nach Leistungserbringung vergütet.

Falls keine Lösung gefunden wird oder keine Gegenmaßnahmen getroffen werden, drohen auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung Geschäftsaufgaben mit Arbeitsplatzverlusten und späteren Engpässen in der ambulanten medizinischen Versorgung, wie wir sie jetzt schon in ländlichen Gebieten haben. Dies wird auch Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung der Heilmitteltherapien als auch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln oder Medizinprodukte haben und sind bei den Lösungen ebenfalls zu beachten, um den Sicherstellungsauftrag weiterhin qualitativ erfüllen zu können.

Um die Existenz dieser Einrichtungen nicht zu gefährden, sollte auch hier eine klare Ausgleichsregelung, z.B. Unterstützungen bis zur Durchschnittsleistung dieser Praxen bei einem coronabedingten Honorarverlust von mehr als 10 Prozent gesetzlich geregelt werden.

Schutzschirmankündigung vs. Rechtsanspruch auf Kurzarbeitergeld (KUG):

Neben den Förderungen, wie Soforthilfe, Stundungsregelungen, KfW-Kredite ist das Kurzarbeitergeld ein weiterer Baustein, um die jetzige Phase zu bestehen. Die weiteren Regelungen nach dem Schutzschirm z.B. nach § 21 KHG, §§ 87a Abs. 3b, 87b Abs. 2a SGB V sowie Entschädigung nach §§ 5 Abs. 2 Nr.7, 56 IfSchG und damit verbundene Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung (COVID-19-Versorgungsstrukturen-

Schutzverordnung - COVID-19-VSt-SchutzV) sind Regelungen mit anderem Zweck. Während die Schutzschirmregelung die Verfügbarkeit von Versorgungsleistungen unterstützen bzw. Vorhaltekosten finanzieren soll, hat das Kurzarbeitergeld die Funktion Arbeitslosigkeit vorzubeugen. Beides schließt sich nicht aus, sondern ergänzt einander.

Die Zahlung von Kurzarbeitergeld wirkt wiederum der Arbeitsplatzgefährdung oder Entlassung von Angestellten aller Berufsgruppen in den jeweiligen ambulanten Gesundheits- und Rehabilitationseinrichtungen (z.B. Fachwirte/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung, Fachwirte im Gesundheits- und Sozialwesen, (Zahn-) Medizinische/r Fachangestellte/r, entlastende Versorgungsassistentin, angestellte Physio-, Ergotherapeuten, etc.) entgegen.

Eine klare handhabbare Regelung zur Abwendung einer Überkompensation sollte getroffen werden.

Vergütung von Hygienematerial und Schutzkleidung:

In der Krisensituation haben viele vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Praxen und Apotheken und Krankenhäuser, als auch andere therapeutische Praxen ihre Abläufe so gut wie möglich angepasst, um Ansteckungsgefahren zu vermeiden und die Versorgung der Patienten zu sichern/aufrechtzuerhalten. Dies ist für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen mit erheblichen Investitionen verbunden.

Zu Beginn der Corona-Pandemie haben sich viele ambulante medizinische Einrichtungen eigeninitiativ Schutzkleidung besorgt, um die ambulante Versorgung unter diesen erschwerten neuen Bedingungen weiter aufrecht zu erhalten. Dies ging mit teilweise erheblichem Mehraufwand (erhöhter Zeit- und Arbeitsaufwand, erhöhte Sachkosten) bei der Behandlung und der Beschaffung, insbesondere von Hygienematerialien sowie für Schutzausrüstung (Schutzkleidung, Atemmasken Typs FFP2/FFP3) einher.

Wir begrüßen, dass die Ausstattung der Vertragsärzte/Vertragszahnärzte mit zentral beschaffter Schutzausrüstung im Zusammenhang mit dem Coronavirus befristet geregelt wurde. Insbesondere begrüßen wir die PKV-Hygienepauschalen für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Die PKV-Pauschalen sollten ein Orientierungsmodell für die GKV sein.

Dort, wo coronabedingte Zusatzkosten für den Aufbau der digitalen Infra- und Kommunikationsstruktur (Hardware, Software-Lizenzen usw.) angefallen sind, sollten diese auch refinanziert werden.

Sind ambulante medizinischen Einrichtungen aufgrund mangelnder Versorgung durch öffentliche Einrichtungen mit Hygienematerialien und Schutzkleidung selbst in Vorleistung getreten, so sollte gewährleistet werden, dass diese Ausgaben in Form einer angemessenen patienten- bzw. fallbezogenen Pauschalen (analog wie bei der PKV) vergütet werden.

Arbeitsschutz und Berufskrankheit:

Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen kann es teilweise zu Infektionen des Personals in der gesamten Gesundheitsversorgung, inklusiv dem ambulanten Sektor (wie z.B. Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Apothekern, Physio- Ergotherapeuten und Logopäden, etc.) kommen und damit zur vorübergehenden Schließung einer Praxis und/oder zur Quarantäne des Personals. Während eine coronabedingte Praxischließung finanziell abgedeckt ist, führen coronabedingte Personalausfälle (Quarantänen) in einer Praxis zu weiteren Einschränkungen des Praxisablaufes und damit zu finanziellen Ausfällen.

Bezüglich der erhöhten Corona-Gefährdung von medizinischem Personal müssen eindeutige Arbeitsschutz-Maßnahmen getroffen werden, damit gerade dieses Personal einsatzbereit bleiben und eine „normale“ Patientenversorgung wieder aufgenommen werden kann. Arbeitsschutzmaßnahmen sind regelmäßige Corona-Abstriche (wie jetzt im Fußball vereinbart) und Erhebung des Antikörperstatus speziell von medizinischem Personal und Pflegepersonal.

Infektionen mit dem Sars-Virus 2 (COVID-19) sollten wie Hepatitis oder HIV in die Liste der möglichen berufsbedingten Infektionskrankheiten aufgenommen werden. Die Zuständigkeit der Kostenübernahme sollte vergleichbar der bei Angestellten von Krankenhäusern auch für das medizinische/therapeutische Personal, inklusiv der Persönlichen Assistenznehmer/innen bzw. -geber/innen und für Menschen mit Behinderung in der gesamten ambulanten Gesundheitsversorgung geregelt und die Kosten übernommen werden.

Berufsbedingte Corona-Infektionen und deren Spätfolgen sind von den Berufsgenossenschaften als Berufskrankheiten anzuerkennen.

Zielgruppenspezifische Aufklärungsmaßnahmen bei der ambulanten Gesundheitsversorgung:

Derzeit sind viele Patienten, insbesondere chronisch erkrankte und behinderte Patienten sowie hochbetagte Patienten verunsichert und meiden die ambulanten Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Psychotherapeutischen und therapeutischen Praxen, was besonders bei diesen Zielgruppen gesundheitliche negative Konsequenzen haben kann.

Um hier einer Steigerung der Gesamtmorbidität entgegenzuwirken, sind zielgruppenspezifische Aufklärungsmaßnahmen dringend erforderlich.



Förderung wissenschaftlicher Forschung:

Bei der Corona Pandemie handelt es sich um eine weltweite Neuerkrankung. Zurzeit sind bezüglich der Corona-Pandemie noch viele Dinge ungeklärt. Dies führt zu Verunsicherung in der Bevölkerung und zu zunehmenden Diskussionen über den politischen Umgang mit dieser neuen Infektionskrankheit.

Virologen und Epidemiologen sind spezialisiert auf Viruserkrankungen und deren Verbreitung. Die Einschätzung dieser Wissenschaftler ist gerade beim Auftreten einer Neuerkrankung wie COVID-19 für politische Entscheidungen essenziell wichtig. Jedoch arbeiten diese Spezialisten mit Zahlen und nicht am Krankenbett.

Mittlerweile hat das Corona-Virus eine weltweite Ausbreitung erreicht und zu unterschiedlich starken Erkrankungswellen geführt. Es ist daher jetzt dringend notwendig, die COVID-19 Erkrankung klinisch besser zu erforschen, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen. Hierbei sollten alle beteiligten Fachdisziplinen wie Internisten, Lungenfachärzte, Intensivmediziner, Pathologen, medizinische Grundlagenforscher und nicht zuletzt ambulante Ärzte (z.B. mit Testungen) miteinbezogen werden, um zu neuen Erkenntnissen bezüglich des Infektionsrisikos, des Krankheitsverlaufes, der Therapie und der Todesursachen zu gelangen.

Gute Ansätze wurde durch ein neues Registrierungsverfahren beim Deutschen Register für COVID-19 Obduktionen von Verstorbenen am Uniklinikum der RWTH Aachen entwickelt. Das Ziel des DeRegCOVID Registers ist es, möglichst alle Obduktionsfälle von COVID-19 Erkrankten deutschlandweit und, falls möglich im deutschsprachigen Raum, zentral elektronisch zu erfassen und anschließend als zentrale Vermittlungsstelle für Datenanalyse und Forschungsanfragen zu dienen. Nur mit besserem Wissen kann ein adäquater Umgang und eine gesellschaftliche Normalität mit dieser Erkrankung erreicht werden.

Eine schnelle staatliche Förderung zur unabhängigen klinisch- wissenschaftlichen Forschung in Bezug auf die COVID-19 Erkrankung wird daher dringend gefordert.

Abschließend weisen wir daraufhin, dass dieses Papier nur auf spezifische Probleme hinweist und nicht den Anspruch auf Ganzheitlichkeit hat. Uns ist bewusst, dass durch die ständige Nachjustierung der Politik und der Entscheidungsträger Darstellungen in diesem Papier erwähnt sein können, deren Verbesserung durch Maßnahmen, Verordnungen o.ä. schon herbeigeführt worden sind.

Herausgeber:

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis
der CDU Nordrhein-Westfalen
Wasserstraße 6, 40213 Düsseldorf
info@nrw-gpa.de

Ansprechpartner/in:

Daria Celle Küchenmeister
0157 72512959
Dr. Wolfgang Klitzsch
0172 7191972