



Klaus Holetschek MdL

Berufsverband der Fachärzte für  
Kardiologie in freier Praxis  
Herrn Ersten Vorsitzenden  
Prof. Dr. Sigmund Silber  
Tal 21  
81379 München

München, 17. NOV. 2021  
G36-G8000-2021/4864-12

Behandlung von Patienten mit "Long-COVID Syndrom";  
Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin bei "Corona"

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Silber,

bitte gestatten Sie, dass ich Sie als Ersten Vorsitzenden des BFK stellvertretend für den gesamten Vorstand anspreche.

Für Ihren offenen Brief vom 30.09.2021 danke ich Ihnen. Wie Sie richtig schreiben, ist mir die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit „Long-COVID-Syndrom“ ein großes Anliegen. Vor dem Hintergrund der häufig notwendigen interdisziplinären Versorgung der Betroffenen begrüße ich die Einrichtung des ambulanten Long-COVID-Netzwerks (LoCoN) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) außerordentlich. Ich freue mich und erkenne es an, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen Kardiologen sich tatkräftig in das Netzwerk einbringen.

Zudem sehe ich die Verabschiedung der S1-Leitlinie „Post-COVID/Long-COVID“ unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin als Meilenstein. Damit wurde binnen kurzer Zeit eine tragfähige Grundlage für eine evidenzbasierte Behandlung der Betroffenen geschaffen.

Sie bemängeln, die S1-Leitlinie finde im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) keine Entsprechung, soweit sie eine Kernspintomographie des Herzens (MRT) sowie eine Computertomographie des Herzens (CCTA) vorsehe. Ich habe dazu die in Bayern für die vertragsärztliche Versorgung zuständige KVB angefragt. Diese hat Ihr Vorbringen im Wesentlichen bestätigt: Das alleinige MRT des Herzens sowie eine CCTA seien nicht über eine eigene Gebührenordnungsposition im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen“ (EBM) abgebildet. Lediglich die CT- und MRT-Untersuchungen des gesamten Thorax könnten, so die KVB, über die Gebührenordnungspositionen 34330 bzw. 34430 nach EBM abgerechnet werden.

Wenn es darum geht, diesen Umstand zu bewerten und über Abhilfemöglichkeiten nachzudenken, möchte ich Ihnen nicht vorenthalten, dass die KVB ihre Verwunderung über Ihre Initiative zum Ausdruck gebracht hat. Sie hat unterstrichen, sie befinde sich im laufenden Kontakt mit dem BFK. Gleichwohl sei das Anliegen, das Sie mir in Ihrem offenen Brief vorbringen, nicht an die KVB herangetragen worden. Zudem hat die KVB darauf hingewiesen, auch der Berufsverband der Radiologen habe sich in dieser Sache noch nicht an sie gewandt.

Erkennen kann ich weder ein Versagen des Gesundheitssystems noch den Ausdruck einer Zwei-Klassen-Medizin.

Es hat seinen guten Sinn, dass nach der Konzeption des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) eine sich neu abzeichnende herrschende Meinung in der Medizin nicht unmittelbar in den Leistungskatalog der GKV

eingeht. Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist (vgl. § 72 Abs. 2 SGB V). Neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung bedürfen nach § 135 Abs. 1 SGB V einer Anerkennung durch den G-BA, bevor sie Teil des Leistungskatalogs werden. Zudem setzt die eigenständige Abrechenbarkeit von ärztlichen Verrichtungen eine entsprechende Gebührenordnungsposition im EBM voraus.

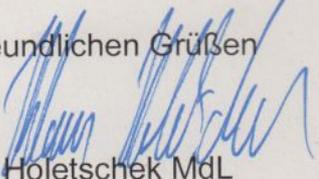
Dieses System hat sich bewährt. Der Bundesgesetzgeber hat effiziente Vorkehrungen getroffen, damit gerade der G-BA rasch, transparent und kompetent über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entscheidet. Entsprechendes gilt für den Bewertungsausschuss, dem die Fortschreibung des EBM obliegt (vgl. § 87 SGB V). Ich sehe keine Hinweise dafür, das gesetzlich festgelegte Instrumentarium zur Aktualisierung des Leistungsspektrums in der GKV könnte ausgerechnet im Fall von Post-COVID/Long-COVID versagen. Der Weg zu einer guten Versorgung ist gesetzlich vorgegeben und steht auch offen. Die von Ihnen geforderte Finanzierung der genannten Untersuchungen durch den Freistaat Bayern widerspricht diametral allen Prinzipien der bewährten gemeinsamen Selbstverwaltung; ich bitte um Verständnis, dass ich vor diesem Hintergrund Ihr Petitum nicht unterstützen kann.

Für Hinweise zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bin ich Ihnen zwar stets dankbar. Allerdings liegt die Zuständigkeit hier nach wie vor bei der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Ärzteschaft ist sowohl im G-BA als auch im Bewertungsausschuss unmittelbar vertreten. Schon von daher empfehle ich, den naheliegenden Schritt zu gehen, über die dafür zustän

dige Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geeignete Initiativen zu entwickeln.

Nach Prüfung der Stellungnahme der KVB bleibt noch festzustellen, dass diese die von Ihnen aufgezeigte Problematik bereits erkannt und aufgegriffen hat. Wegen einer Abrechnungsmöglichkeit für eine alleinige Kardio-MRT hatte sie sich schon in der Vergangenheit an die KBV gewandt, um eine EBM-Änderung durch den Bewertungsausschuss zu erreichen. Interne Gespräche der KBV mit dem Berufsverband der Radiologen seien jedoch, so die KBV, seitens des Berufsverbandes abgebrochen worden. Den Erlass der S1-Leitlinie nimmt die KVB zum Anlass, die Forderung nach der Aufnahme entsprechender spezifischer Leistungen in den EBM nochmals an die KBV heranzutragen. Das macht mich sehr zuversichtlich, dass eine Lösung durchaus innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens zu erreichen ist.

Mit freundlichen Grüßen



Klaus Holetschek MdL  
Staatsminister