



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung n. § 116b SGB V -
Änderung der Anlage 2:
Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend
geringen Fallzahlen a) Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und
Patienten mit Tuberkulose/atypischer Mykobakteriose

Berlin, 24.09.2013

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 27.08.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Anlage 2 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) n. § 116b SGB V, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen a) Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose/atypischer Mykobakteriose, aufgefordert.

Vorausgegangen war der Beschluss des G-BA zur ASV-RL vom 21.03.2013. Damit wurden der formale Rahmen für den neuen Versorgungsbereich vorgegeben und die Anforderungen an die ASV geregelt, die grundsätzlich für alle in den Anlagen konkretisierten schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten sollen. Die Bundesärztekammer hatte den Entwurf dieser Richtlinie mit Stellungnahme vom 16.01.2013 kommentiert.

Der aktuelle Beschlussentwurf bezieht sich auf die konkrete Benennung der Erkrankung über die entsprechenden ICD-Codes und die Bestimmung des krankheitsspezifischen Behandlungsumfangs sowie der Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Bereits in ihrer Stellungnahme vom 16.01.2013 hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass die neue Versorgungsform der ASV das Potenzial zu einer verbesserten interdisziplinären und patientenzentrierten Versorgung hat, die auf vernetzten Strukturen im ambulanten und stationären Bereich aufbaut und eine sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung in Aussicht stellt.

Die Bundesärztekammer hatte aber auch bereits im Gesetzgebungsverfahren zur Reform des § 116b SGB V Bedenken dahingehend geäußert, dass nicht nur die Auswahl der in den Katalog aufgenommenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen nach wie vor nur teilweise nachvollziehbar ist, sondern dass ein erheblicher Aufwand zur Regelung der neuen Versorgung zwischen den beiden Sektoren zu erwarten ist. Das Erfordernis einer trennscharfen, da erlöswirksamen Abgrenzung einer mit der ASV quasi neu geschaffenen Versorgungsform von der Regelversorgung ist systembedingt mit erheblichem Regulierungs- und Dokumentationsaufwand verbunden. Allein die Definitionsnotwendigkeit von „schweren“ Verlaufsformen und „besonderen“ Krankheitsverläufen führt unweigerlich zu Ausdifferenzierungserfordernissen, die für den Normgeber nur mit immensen Aufwand leistbar und für die Rezipienten zumindest ad hoc nicht unmittelbar nachvollziehbar sein dürften.

Der zum Beschlussentwurf gehörende „Appendix“, dessen Inhalt angesichts des Umfangs vermutlich nur mit Hilfe elektronischer Datenaufbereitung praktisch anwendbar sein dürfte, belegt dies. Dies gilt umso mehr, als es sich hier um das noch relativ überschaubare Krankheitsbild der Tuberkulose handelt; andere Krankheitsbilder, insbesondere onkologische, lassen noch ganz andere Ausdifferenzierungen erwarten.

Allein die Interpretation und Anwendung der Appendizes wird für die potentiellen Anbieter von ASV-Leistungen eine Einstiegshürde bilden. Dies setzt sich fort bei der Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen, die sich ebenfalls als hochkomplex und nur mit hohem Aufwand überschaubar darstellen. Zu bedenken ist dabei, dass die Ärztinnen und Ärzte bzw. Krankenhäuser nicht nur die Konkretisierungen eines einzelnen ASV-Krankheitsbildes zu beachten haben, sondern mehrere ASV-Regelungen gleichzeitig zur Anwendung kommen können. Durch die Vielzahl von Appendizes könnte es für den einzelnen Arzt schwierig werden, die gebotene Übersicht zu bewahren. Auch sind angesichts der unterschiedlichen Vergütungswege ASV-Leistungen

streng von Leistungen der Regelversorgung und/oder sonstigen Vereinbarungen und Verträgen zu trennen. Für Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser besteht damit ein systemimmanentes Risiko, sich bei ungenügender Beachtung der jeweils gültigen Regularien dem Vorwurf regelwidrigen Verhaltens auszusetzen. Zu betonen ist dabei nicht das Problem vorsätzlicher Verfehlungen, sondern von Verfehlungen aus Unkenntnis angesichts schlichtweg nicht mehr überschaubarer Regulationsanforderungen.

Die beschriebenen Schwierigkeiten könnten die Zielsetzung der ASV, eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen, insbesondere mit Blick auf Ergebnisqualität, erschweren. Derzeit nur bedingt kompatibel erscheint die ASV auch mit der Ausübung der ärztlichen Therapiefreiheit. Leistungen, die noch nicht im Appendix über den EBM abgebildet sind, sollten über die GOÄ erbringbar sein, um innovative Behandlungs- und Untersuchungsleistungen nicht zu blockieren.

Ob der Nutzen der neuen Versorgungsform in einem vertretbaren Verhältnis zur absehbaren Aufwandsteigerung in Gestalt von vermehrter Bürokratie steht, ist insgesamt zu hinterfragen.

Unabhängig von diesen übergeordneten Erwägungen möchte die Bundesärztekammer im Folgenden noch auf einzelne Details des Richtlinienanhangs eingehen. Da es aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Bundesärztekammer nicht ermöglicht worden war, an den vorbereitenden Beratungen beteiligt gewesen zu sein, wird sich die Bundesärztekammer mangels Kenntnis der zu Grunde liegenden Abwägungen nur auf wenige Aspekte beschränken.

Zu Abschnitt 2 des Beschlussesentwurfs, „Behandlungsumfang“, Seite 2, Zeile 37:

- Forderung, alle beispielhaften Aufzählungen in den Klammerzusätzen zu streichen.
- Die Bundesärztekammer spricht sich für den Erhalt beispielhafter Auszählungen aus, sofern der beispielhafte Charakter erkennbar ist und die aufgezählten Inhalte nicht im Widerspruch zu der vollständigen und abschließenden Aufzählung im Appendix stehen. Beispielhafte Aufzählungen können als Erläuterung möglicherweise hilfreich sein.

Zu Abschnitt 2, „Diagnostik“ Seite 2:

- Aufzählungspunkt „Laboruntersuchungen“ (Zeile 43)
- Die Bundesärztekammer hält die Nennung von Laboruntersuchungen für wichtig, da sie der Diagnosesicherung dienen. Gerade im Falle der Tuberkulose ist eine genaue Diagnosesicherung auf Basis von Laboruntersuchungen unabdingbar für die Gestaltung des therapeutischen Vorgehens. Dabei sollten spezielle Laborleistungen in jedem Fall erbringbar sein, allgemeine Laborleistungen sollten, sofern dies reibungslos möglich ist, im regulären vertragsärztlichen Bereich erfolgen können.

- Aufzählungspunkte „Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen Materials“ und „Histologische und zytologische Untersuchungen“ (Zeile 56)
- Die Bundesärztekammer spricht sich für die Nennung dieser beiden Punkte aus. Die Komplexität der Erkrankung und deren Behandlung unter ASV-Bedingungen stellt ge-

rade die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Vordergrund – dazu können auch Laborärzte und Pathologen gehören, unabhängig vom Patientenkontakt.

Zu Abschnitt 2, „Behandlung“

- Frage des Einschlusses der Behandlung von Begleiterkrankungen (Zeile 63)
 - Die Bundesärztekammer spricht sich für die Möglichkeit der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen aus, sofern dies im Rahmen der Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung gemäß ASV-Katalog und für den Behandlungserfolg dieser Erkrankung unmittelbar notwendig ist.

- Frage der Verfügbarkeit eines 24-Stunden-Notfalllabors zur Behandlung in Notfallsituationen (Zeile 64)
 - Die Bundesärztekammer hält die Verfügbarkeit eines 24-Stunden-Notfalllabors für notwendig, da eine sachgerechte Therapie von akuten Notfallsituationen eine Kenntnis aktueller Laborparameter voraussetzen kann, bei Tuberkulose z. B. die Kenntnis der Gerinnungswerte bei einer Hämoptyse. Unter formalen Aspekten wäre dabei noch zu prüfen, ob der Klammerzusatz nicht (auch) unter dem Abschnitt „Diagnostik“ aufzuführen wäre.

- Notwendigkeit weiterer (Spezial-)Untersuchungen und Therapiemaßnahmen bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie besonderen Fragestellungen (Zeile 84)
 - Die Bundesärztekammer sieht teilweise die Notwendigkeit der genannten weiteren Maßnahmen, da die vorangegangene Aufzählung von Maßnahmen nicht mit letzter Gewissheit als abschließend zu erachten ist, und noch nicht absehbare Erweiterungen später ev. sinnvoll sein könnten. Der Zusatz „sowie bei besonderen Fragestellungen“ ist hingegen zu streichen, da zu unbestimmt, und vor „Komplikationen“ ist „unerwarteten“ einzufügen.

Zu Abschnitt 3.1, „ Personelle Anforderungen“:

- Nennung von Fachärzten für Pathologie und Laboratoriumsmedizin als hinzuzuziehende Fachärzte (Zeile 108)
 - Die Bundesärztekammer unterstützt die Nennung der beiden Fachdisziplinen als sinnvolle und der geforderten Interdisziplinarität geschuldete Ergänzungen

Zu Abschnitt 3.2, „Sächliche und organisatorische Anforderungen“:

- Frage der Verbindlichkeit der geforderten Zusammenarbeit mit den genannten Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen (Zeile 111)
 - Die Bundesärztekammer spricht sich für die Einfügung von „eine Möglichkeit“ der Zusammenarbeit aus. Ansonsten besteht das Risiko, dass sich der Zwang, eine Kooperation mit den diversen Einrichtungen und Fachdisziplinen verbindlich einzugehen,

als Hindernis für die Erfüllung der sächlichen und organisatorischen Anforderungen der ASV erweisen, wenn eine solche Kooperation für einzelne dieser Einrichtungen/Fachdisziplinen nicht zustande käme.

Zu Abschnitt 3.4, „Mindestmengen“:

- Frage der Festlegung einer Mindestmenge (Zeile 121)
- Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Festlegung einer vorgeblich qualitätsassoziierten Mindestmenge aus. Allein vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung hat sich eine solche Festlegung im Sinne konkreter Schwellenwerte als problematisch erwiesen. Die vereinfachende Gleichsetzung von hoher Menge mit guter Qualität ist methodisch nicht haltbar, die problematische Rechtslage spiegelt dies wider. Qualitätsanforderungen sind sinnvoller über andere Parameter, die in den Konkretisierungen der ASV-Richtlinie ausführlich vorhanden sind (insb. zu Struktur- und Prozessqualität in den Abschnitten zu personellen sowie zu sächlichen und personellen Anforderungen), zu definieren. Sollte der G-BA sich dennoch für die Festlegung einer Mindestmenge entschließen, kann der Bezug nur auf das Kernteam erfolgen, nicht aber auf den einzelnen Arzt.

Berlin, 24.09.2013



Dr. med. Bernhard Rochell
Hauptgeschäftsführer