



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V zu einem Beschluss über die Konkretisierung der Anlage der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V, betreffend die Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit

1. biliärer Zirrhose
2. Kurzdarmsyndrom

Berlin, 22.06.2009

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 25.05.2009 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgefordert, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu einer Konkretisierung der Anlage der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V abzugeben. Die Ergänzung der Anlage betrifft Regelungen für die Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit folgenden, laut SGB V als selten und/oder als durch besondere Verläufe gekennzeichnete Erkrankungen:

1. biliäre Zirrhose
2. Kurzdarmsyndrom

Die biliäre Zirrhose ist auf Beschluss des G-BA bereits 2004 in die Anlage 2 der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V aufgenommen worden, jedoch bislang ohne Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sachlichen sowie personellen Anforderungen.

Die Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Kurzdarmsyndrom ist eine Erweiterung des Kataloginhalts und geht zurück auf eine 22.01.2004 geäußerte Bitte der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten an den G-BA.

#### **Die Bundesärztekammer nimmt zum vorgesehenen Beschlussentwurf wie folgt Stellung:**

In der vorgelegten Konkretisierung zu den beiden Indikationen finden sich mehrere DisSENSpunkte, die mittlerweile kennzeichnend sind für nahezu alle diesbezüglichen Beschlussentwürfe des G-BA zu § 116b SGB V. Betroffen sind insbesondere:

- 1) die Frage eines obligatorischen Zusatzes „G“ zu den ICD-Codes im Abschnitt „Konkretisierung der Erkrankungen“,
- 2) die Festlegung von Mindestmengen zu behandelnder Patienten,
- 3) ein Überweisungsvorbehalt für die Erstzuweisung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch einen Facharzt des behandlungsrelevanten Gebietes.

Die Bundesärztekammer hatte zu diesen Punkten bereits bei vorausgegangenen Stellungnahmen zu § 116b SGB V (siehe [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) ihre Position dokumentiert:

zu 1) Eine Präzisierung der ICD-basierten Eingrenzung der Patienten auf Fälle mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen „G“) erscheint sinnvoll, da es bei der Versorgung im Rahmen des § 116b um eine gezielte Ergänzung der bestehenden Versorgung gehen soll, was eine erfolgte Diagnosestellung voraussetzt.

zu 2) Für eine Festlegung von Mindestmengen fehlen Evidenz und Folgenabschätzung. Hier geht es augenscheinlich nicht mehr um Qualitätssicherung, sondern um eine willkürliche Form der Versorgungssteuerung.

zu 3) Eine Konkretisierung des Überweisungserfordernisses erscheint zweckmäßig, um die medizinische Indikationsstellung für die Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung im Krankenhaus zu gewährleisten und eine pauschale Öffnung der Krankenhäuser und damit die Schaffung von Parallelstrukturen zur bestehenden vertragsärztlichen Versorgung zu vermeiden.

Diese Argumente sind auch für die aktuell vorgelegten Beschlusssentwürfe zu biliärer Zirrhose und Kurzdarmsyndrom gültig.

Zu der beabsichtigten Aufnahme des Kurzdarmsyndroms in den Katalog nach § 116b SGB V merkt die Bundesärztekammer außerdem folgendes an:

Der Katalog zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus umfasst laut § 116b Abs. 3 „hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“. Die Aufnahme des Kurzdarmsyndroms in diesen Katalog würde insofern die bisher zugrunde liegende Systematik sprengen, als es sich - wie in den tragenden Gründen ausgeführt - um eine Therapiefolge handelt. Danach kann ein Kurzdarmsyndrom das Resultat einer chirurgischen Darmresektion (z. B. nach Mesenterialinfarkt oder bei Morbus Crohn) oder einer strahlentherapeutischen Behandlung (nach onkologischer Indikation) sein. Die Behandlung des Kurzdarmsyndroms sollte daher in engem Kontext mit der ursächlichen Therapie stehen, von der zu erwarten ist, dass die Möglichkeit des Eintretens einer solchen Behandlungsfolge von vornherein zum Gesamtkonzept der Behandlung gehört.

Zu vermissen ist in den tragenden Gründen eine Darlegung, inwiefern die Patienten davon profitieren, wenn das Kurzdarmsyndrom in den Katalog nach § 116b SGB V aufgenommen wird. Weder wird allgemein auf Versorgungsdefizite hingewiesen noch auf einen besonderen Umstand, der ein zusätzliches Anbieten der Versorgung als ambulante Krankenhausleistung nach § 116b SGB V erforderlich erscheinen ließe. Der Hinweis in den tragenden Gründen, wonach „Patienten mit parenteraler Heimernährung ungefähr 30 % der Patienten mit Kurzdarmsyndrom ausmachen“, trägt kaum zur Begründung bei, da für Patienten in Pflegeheimen die Öffnung möglicherweise weit entfernter Krankenhäuser keine erkennbaren Versorgungsvorteile bieten würde.

Unklar sind auch die Informationen zur Häufigkeit des Kurzdarmsyndroms:

- Es werden 2 verschiedene Prävalenzen angegeben („4 pro 1 Million Einwohner“ und „1 pro hunderttausend Einwohner“), ohne das deutlich wird, worauf sich die jeweilige Häufigkeit bezieht.
- Eine „Inzidenz von jährlich 2 bis 5 neuen Patienten pro 1 Million Einwohner und eine Prävalenz von 4 pro 1 Million Einwohner“ scheinen für eine Erkrankung mit eher chronisch längerfristigem Verlauf nicht zueinander zu passen.
- Mal ist von „heimparenteraler Ernährung“ die Rede, mal von „parenteraler Heimernährung“ – hier sollte eine einheitliche Begriffswahl erfolgen.
- Wünschenswert wäre angesichts eines wahrscheinlich unterschiedlichen Versorgungsbedarfs auch eine Differenzierung in pädiatrische und erwachsene Patienten.

Angesichts des in den tragenden Gründen dokumentierten Eingeständnisses, zur Prävalenz seien „keine genauen Zahlen bekannt“, sei nochmals kritisch darauf hingewiesen, dass trotzdem die Festlegung einer Mindestmenge von 50 Fällen pro Jahr ernsthaft zur Diskussion steht!

## Fazit

Die Bundesärztekammer wiederholt ihre Einschätzung zu den bereits hinlänglich bekannten Dissenspunkten innerhalb der Konkretisierung von §-116b-Leistungen. Der G-BA sollte angesichts dieses fortgesetzten Dissenses und auch vor dem Hintergrund, dass Mitglieder des G-BA hierzu sogar den Weg einer juristischen Klage als geeignetes Mittel einer Klärung ansehen, die Weiterentwicklung des Katalogs nach § 116 b SGB V aussetzen. Solange grundlegende Punkte nicht geklärt sind, ist die inhaltliche Auseinandersetzung mit neuen Krankheiten bzw. Leistungen eine unangemessene Belastung von Gremienressourcen. Auch dem Bundesministerium für Gesundheit dürfte mit stets konfliktiven und – daraus resultierend - regional völlig unterschiedlichen Auslegungen und Umsetzungserfolgen des § 116b SGB V nicht gedient sein.

Die Aufnahme des Kurzdarmsyndroms in den Katalog nach § 116 b SGB V erschließt sich der Bundesärztekammer zumindest anhand der dargelegten tragenden Gründe nicht. Formal beinhaltet der Katalog des § 116b SGB V Erkrankungen und nicht deren Stadien oder Verlaufs- oder Behandlungsfolgen. Inhaltlich ist nicht schlüssig dargelegt worden, inwiefern Patienten von einer ambulanten Versorgung im Krankenhaus profitieren können, zumal die unsicheren Angaben zur Häufigkeit des Kurzdarmsyndroms die wünschenswerte Analyse der Versorgungssituation offenbar nicht gestattet. Von einer Aufnahme in den Katalog wird daher abgeraten, sofern nicht eine schlüssigere Begründung, die insbesondere die Patientenperspektive deutlicher aufzeigt und erläutert, warum das bestehende vertragsärztliche Versorgungsangebot ergänzungsbedürftig ist, nachgereicht wird.

Berlin, 22.06.2009



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.  
Leiterin Dezernate 3 u. 4