



## **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. Anfallsleiden
2. Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
3. schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen

Berlin, 27.10.2008

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 01.10.2008 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. Anfallsleiden
2. Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
3. schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen

Die genannten Krankheiten sind bereits im Katalog des § 116 b Absatz 3 SGB V und in der Richtlinie des G-BA enthalten, jedoch noch ohne eine Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen in der dafür vorgesehenen Anlage 2 der Richtlinie.

Die vorgelegte Konkretisierung der Erkrankungen und des Behandlungsauftrages entspricht im Wesentlichen den der Bundesärztekammer früher vorgelegten Beschlussentwürfen. Zuletzt etwa zu den Krankheitsbildern rheumatologische Erkrankungen (02.06.2008), onkologische Erkrankungen (Tumorgruppe Auge, 30.04.2008), HIV/AIDS (30.04.2008) oder schwere Herzinsuffizienz (12.03.2008).

Die Konkretisierungsvorschläge enthalten an mehreren Stellen dissente Punkte, und auch dies entspricht bisher vorgelegten Beschlussentwürfen. Strittig sind trotz der bereits Ende 2006 aufgenommenen Beratungen zur Umsetzung des § 116 b SGB V in eine Richtlinie des G-BA nach wie vor insbesondere folgende Details.

- Die Forderung der KBV, beim Abschnitt „Konkretisierung der Erkrankungen“ nur ICD-Codes mit dem Zusatz „G“ für eine gesicherte Diagnose zuzulassen,
- die Festlegung von Mindestmengen zu behandelnder Patienten für die Einrichtungen,
- der Überweisungsvorbehalt der KBV für die Erstzuweisung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch einen Facharzt des jeweils behandlungsrelevanten Gebietes.

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

Die Bundesärztekammer sieht angesichts der Redundanz der offenen Fragen in den Beschlussentwürfen des G-BA zur Umsetzung des § 116b SGB V davon ab, zu jedem der drei diesmal vorgelegten Krankheitsbilder separat Stellung zu nehmen. Stattdessen sei zu den zentralen Dissenspunkten, die krankheitsübergreifend gelten, Folgendes angemerkt:

- Zur Forderung der KBV, beim Abschnitt „Konkretisierung der Erkrankungen“ nur ICD-Codes mit dem Zusatz „G“ für eine gesicherte Diagnose zuzulassen:
  - Die Bundesärztekammer hatte hierzu bereits in ihren früheren Stellungnahmen (z. B. zu HIV/AIDS v. 30.04.2008) angemerkt, dass eine solche Präzisierung der ICD-basierten Eingrenzung der Patienten auf Fälle mit einer gesicherten Diagnose

(Zusatzkennzeichen „G“) sinnvoll erscheint, da es bei der Versorgung im Rahmen des § 116b um eine gezielte Ergänzung der bestehenden Versorgung gehen soll, was eine erfolgte Diagnosestellung voraussetzt.

- Zur Festlegung von Mindestmengen zu behandelnder Patienten für die Einrichtungen:
  - Die Bundesärztekammer hatte sich bereits in ihrer Stellungnahme vom 16.08.2007 ausführlich zur Festlegung von Mindestmengen im Zusammenhang mit Leistungen nach § 116b SGB V durch den G-BA geäußert. So war festzustellen gewesen, dass eine stichhaltige Begründung für die Einführung von Mindestmengen in die Richtlinie zu § 116b SGB V durch den G-BA nicht erbracht werden konnte. Ein Evidenznachweis analog zu Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 Nr. 3 fehlte (und fehlt nach wie vor) ebenso wie eine Folgenabschätzung für den beabsichtigten Eingriff in die Versorgung (etwa das Risiko einer Zugangsverschlechterung für die Patienten und einer fragmentierten und damit eben nicht „aus einer Hand“ gebotenen Versorgungskette, wie es in der amtlichen Begründung zur Einführung des § 116b ins SGB V im Jahre 2004 ausdrücklich gefordert worden war). Absehbar sind lediglich eine nochmals gesteigerte Bürokratie zum Nachweis der Mindestmengen sowie eine Erschwernis für die Krankenhausplanung der Länder. Die Bedeutung von Mindestmengen als potentiell Hindernis einer regional ineinandergreifenden Versorgungskette wird im Fall des aktuell vorliegenden Beschlusssentwurfs zu schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen auch von den Patientenvertretern kritisch wahrgenommen.
  
- Zum Überweisungsvorbehalt der KBV für die Erstzuweisung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch einen Facharzt des behandlungsrelevanten Gebietes:
  - Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der KBV zur jeweiligen Konkretisierung des Überweisungserfordernisses, da hierdurch eine medizinische Indikationsstellung für die Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gewährleistet wird. Eine pauschale Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung seltener Erkrankungen oder von Krankheiten mit besonderem Verlauf bzw. die Schaffung von Parallelstrukturen zur bestehenden vertragsärztlichen Versorgung kann nicht im Interesse der Versicherten sein, da hierdurch die Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft erhöht, Schnittstellenprobleme verschärft und eine Optimierung des Ressourceneinsatzes behindert würden.

Über diese Anmerkungen zu den persistierenden Dissenspunkten hinaus weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass die an zahlreichen Stellen der Anlage verwendeten Facharztbezeichnungen sich insofern als problematisch erweisen können, als die im Zuge der Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung sich ändernden und z. T. auch in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabten Bezeichnungen von Facharzttiteln zu Verunsicherungen bei den Ärztinnen und Ärzten führen können, welche die Richtlinie umsetzen müssen. Der in der Anlage zu allen drei Krankheiten verwendete Passus

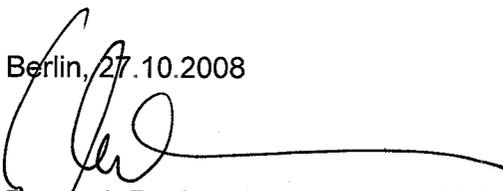
„Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärzte ein, für die Übergangsregelungen der für

sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung bestehen oder bestanden haben."

trägt diesem Umstand zwar erkennbar Rechnung, wir schlagen aber vor, den Terminus „Übergangsregelungen“ in diesem Zusammenhang zu vermeiden und statt dessen folgende Formulierung zu verwenden:

"Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen."

Berlin, 27.10.2008



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