



Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

Berlin, 08.08.2011

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 11.07.2011 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 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 Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen. Damit soll die Konkretisierung von Leistungen des Abschnitts „seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ laut § 116b Abs. 3 Nr. 2 SGB V (achter Spiegelstrich) vervollständigt werden. Die Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen in der dafür vorgesehenen Anlage 2 der Richtlinie zur Indikation „angeborene Skelettsystemfehlbildungen“ war als „Teil 1“ eines Beschlusses des G-BA bereits am 18.06.2009 erfolgt. Diesem Beschluss vorausgegangen war eine Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 27.10.2008.

Die Bundesärztekammer nimmt zum vorgesehenen Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer stellt fest, dass – in Fortsetzung des Verlaufs der bisherigen Beratungen und Beschlussentwürfe zu § 116b SGB V - die Konkretisierungsvorschläge an zahlreichen Stellen dissent sind. Strittig sind insbesondere die Auswahl der in den Richtlinienbereich fallenden Indikationen, Mindestmengenfestsetzungen, Überweisungserfordernisse sowie die Zusammensetzung der für die Versorgung hinzuzuziehenden ärztlichen Fachdisziplinen. Die Bundesärztekammer hatte sich in ihren Stellungnahmen wiederholt zu diesen, dem § 116b SGB V offenkundig inhärenten Problemen geäußert. Es sollen daher nur die wesentlichen Positionen rekapituliert werden, ergänzt um zusätzliche Hinweise:

- **Mindestmengen**

Die Bundesärztekammer hatte sich mit Stellungnahme vom 16.08.2007 ausführlich zur Festlegung von Mindestmengen im Zusammenhang mit Leistungen nach § 116b SGB V geäußert. Es wurde festgehalten, dass eine stichhaltige Begründung für die Einführung von Mindestmengen in die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nicht erkennbar ist. Die Festlegungen erscheinen willkürlich und nicht auf Evidenz beruhend, woran auch eine rechnerische Verknüpfung an die Prävalenz von Erkrankungen nichts ändert. Letzterem fehlt allein wegen der schwachen Datenlage zur Häufigkeit von Krankheiten in Deutschland eine plausible Grundlage. Daran ändern Verweise auf krankheitsspezifische Register wenig (im vorliegenden Fall der Fehlbildungen etwa auf das sog. Eurocat-Register), da die Qualität von Registerdaten (insb. bzgl. Validität, Reliabilität, Vollständigkeit, Vollzähligkeit) für den G-BA innerhalb der Beratungsfristen nur schwer einzuschätzen sein dürfte und von den Bänken des G-BA folglich höchst unterschiedlich ausgelegt werden kann (wie im vorliegenden Fall der Fehlbildungen auch geschehen, siehe die divergierenden Interpretationen im Begründungstext).

Vom Mangel einer belastbaren Rationale für die Mindestmengen abgesehen, fehlt unverändert auch eine Folgenabschätzung für die Auswirkung auf die Versorgung. Das Risiko einer Zugangsverschlechterung für die Patienten und einer fragmentierten und damit eben nicht „aus einer Hand“ gebotenen, regional ineinandergreifenden Versorgungskette, wie es in der amtlichen Begründung zur Einführung des § 116b ins SGB V im Jahre 2004 ausdrücklich gefordert worden war, bleibt somit bestehen.

- Überweisungserfordernis

Die Verankerung eines Überweisungserfordernisses bei Erstzuweisung durch jeweils bestimmte Fachärztinnen und Fachärzte hält die Bundesärztekammer ebenso für sinnvoll wie die Forderung nach einer gesicherten Diagnose in diesem Zusammenhang. Hierdurch wird eine medizinische Indikationsstellung für die Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gewährleistet. 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.

- Auswahl der in den Richtlinienbereich fallenden Indikationen (ICD-Listen)

Die an zahlreichen Stellen abweichenden Positionen der Bänke zur Ausgestaltung der Liste derjenigen Fehlbildungen, die in den Regelungsbereich der Richtlinie fallen sollen, weisen auf grundsätzliche Schwierigkeiten in der Konstruktion des § 116b SGB V hin. Analog insbesondere zu den onkologischen Erkrankungen stehen die intendierte Regelungstiefe der Richtlinie einerseits und die überaus pauschale Charakterisierung der Erkrankungen im Gesetz andererseits in keinem günstigen Verhältnis zueinander. Dies zeigt sich etwa, wenn, wie im vorliegenden Beschlussentwurf angelegt, Plattfüßigkeit und Down-Syndrom gleichberechtigte Auslöser überaus dezidierte Leistungsanforderungen (multidisziplinäres Team etc.) sein können sollen. Hier wirkt das Instrument der Richtlinie überfordert, gesetzlichen Steuerungswillen und Versorgungsrealität in Einklang zu bringen. Dies ist allerdings primär nicht dem G-BA anzulasten, sondern der in ihrer Zusammensetzung und Gliederung wenig überzeugenden Indikationsliste des § 116b SGB V und damit dem Gesetzgeber.

- Ärztliche Fachdisziplinen/Qualifikationen

An zahlreichen Stellen des Beschlussentwurfs wird auf unterschiedliche Erfordernisse spezifischer Facharzt-disziplinen verwiesen. Dabei betroffen sind nicht selten Fachdisziplinen, die nach Wahrnehmung der Bundesärztekammer unter einer Arztmangel-Situationen und Nachbesetzungsproblematik zu leiden haben, etwa für die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Humangenetik, teilweise auch schon für Orthopädie und Unfallchirurgie. Diese Problematik wird im bisherigen Konzept der Richtlinie zu § 116b SGB V komplett ignoriert.

Die im Beschlussentwurf wiederholt formulierte Position, dass viele der spezifischen Therapien nur durch interdisziplinäre Expertenteams in stationären Einrichtungen erbracht werden können, entspricht zudem nur sehr bedingt der Versorgungsrealität. Durch neue Formen der Kooperation ist es längst üblich, dass z. B. Ärztinnen und Ärzte der Humangenetik, der Pädiatrie, der Jugendpsychiatrie etc. auch an der ambulant-stationären Schnittstelle konstruktiv zusammenarbeiten. Im Gegensatz zur Forderung nach Expertenteams sollte eher eine Förderung der sektorenübergreifenden Sicherstellung der Versorgung angestrebt werden.

Schließlich ist anzumerken, dass viele der betroffenen Fachdisziplinen vornehmlich in Ballungsgebieten der Versorgung zur Verfügung stehen. Der Richtlinienentwurf geht in

keiner Weise darauf ein, wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen in der Fläche ambulant und stationär zeitnah sichergestellt werden kann.

- Weitere Anmerkungen

- Viele Patientinnen und Patienten mit angeborenen Fehlbildungen sowie Säuglinge und Kleinkinder per se sind für die Diagnostik und Behandlung auf die Anwesenheit einer Begleitperson angewiesen. In den Ausführungen des Richtlinienentwurfs finden sich keinerlei Vorgaben, wie diese berücksichtigt werden sollen. Dies betrifft nicht zuletzt auch die Sicherstellung der Finanzierung von z. B. Reisekosten, Unterbringungskosten etc.
- Von der Qualifikationsanforderung im Abschnitt 10 (Patientinnen und Patienten mit Herzfehlbildungen), für die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams neben der Weiterbildung zum entsprechenden Facharzt obligatorisch auch noch eine Zusatzqualifikation „EMAH-Kardiologe“ vorauszusetzen, sollte Abstand genommen werden. Hohes Engagement in fachspezifischer ärztlicher Fortbildung ist zu begrüßen; die Sicherstellung (fach-)ärztlicher Qualifikation ist jedoch Aufgabe des ärztlichen Berufsrechts und damit der Ärztekammern, nicht jedoch einzelner Fachgesellschaften.

Fazit

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es nicht zuletzt vor dem Hintergrund langjährig gewachsener Versorgungsstrukturen fraglich, inwiefern die überaus detaillierten Vorgaben des Richtlinienentwurfs die zukünftige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen tatsächlich verbessern werden. Zu überlegen wäre die Initiierung einer Begleitforschung mit zeitnahen Zwischenauswertungen. Dies gilt umso mehr, sollten die vorgesehenen Mindestmengen eingeführt werden, da deren Effekte, insbesondere der medizinische Nutzen für die Patientinnen und Patienten, bekanntlich alles andere als einheitlich beurteilt werden.

Berlin, 08.08.2011

I. A.



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Bereichsleiter im Dezernat 3