



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V zu einem Beschluss über
Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach
Lebertransplantation – Konkretisierung und tragende Gründe - gem. Anlage 2 Nr. 16 der Richtlinie über ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Berlin, 17.06.2010

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 20.05.2010 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 vor oder nach Lebertransplantation – Konkretisierung und tragende Gründe - gem. Anlage 2 Nr. 16 der Richtlinie über ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Diese Indikation ist im bestehenden Katalog des § 116 b Absatz 3 SGB V bisher nicht enthalten, sondern soll auf Grundlage eines Initiativbeschlusses des Beschlussgremiums vom 13.01.2006 erfolgen, nachdem vom zuständigen Unterausschuss bzw. der durch ihn eingesetzten Arbeitsgruppe Experten gehört sowie eine orientierende Leitlinienrecherche durchgeführt wurden. Auslösendes Moment war ein Schreiben der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) vom 22.01.2004 an den G-BA, in dem die Fachgesellschaft darum bat, den Katalog um die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation zu erweitern.

Der Entwurf der Konkretisierung diagnostischer und therapeutischer Prozeduren sowie der sächlichen und personellen Anforderungen basiert laut tragenden Gründen auf den Diskussionen in der Arbeitsgruppe des G-BA, den Ergebnissen einer Expertenanhörung sowie einer Leitlinienrecherche.

Der Entwurf enthält dabei – wie in allen vorausgegangenen Beschlussvorlagen des G-BA zur Konkretisierung von § 116b SGB V – noch an mehreren Stellen dissente Punkte, insbesondere

- zur Beschreibung der Zielgruppe der Patienten – die DKG hält es i. G. zur GKV für angezeigt, auch Patienten einzubeziehen, bei denen die Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation aufgrund des Zustandes der Lebererkrankung unmittelbar angezeigt wäre, aber aufgrund einer Kontraindikation temporär abgelehnt wurde,
- zur Einbeziehung von Krankenhäusern, die Lebertransplantationen selber nicht durchführen, aber mit den transplantierenden Häusern eine (im Einzelnen nicht näher ausgeführte) Kooperation eingehen können sollen (Vorschlag DKG u. Patientenvertreter),
- die Festlegung einer Mindestmengen zu behandelnder Patienten für die Einrichtungen (Vorschlag GKV),
- der Überweisungsvorbehalt der KBV für die Erstzuweisung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie.

Die Bundesärztekammer nimmt zum vorgesehenen Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

- Zur Frage der Zielgruppe der Patienten:
 - Die Bundesärztekammer hält es für angemessen, wenn auch Patienten, für die wegen einer Kontraindikation temporär eine Transplantation nicht infrage kommt, zur Gruppe der von der Richtlinie abgedeckten Patienten gezählt werden. Die Behandlung potentieller und tatsächlicher Transplantatempfänger bedeutet üblicherweise eine Versorgung über längere Zeiträume, so dass auch die Betreuung im Vorfeld einer möglichen Transplantation innerhalb der transplantierenden Einrichtung zweckmäßig sein kann.

- Zur Frage der Kooperationsmöglichkeit mit nicht transplantierenden Häusern:
 - Aus Sicht der Bundesärztekammer kann eine Einbindung anderer Einrichtungen zwecks Delegation einzelner Leistungen durchaus pragmatisch und sinnvoll sein und sollte daher nicht ausgeschlossen werden. Auf diese Weise kann einerseits die verfügbare fachliche Expertise im Sinne eines Netzwerks auf eine breitere Basis gestellt werden, andererseits könnten die Patienten durch kürzere Wege profitieren.

- 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. 3 Nr. 2 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 für die Krankenhäuser zum Nachweis der Mindestmengen, Unklarheit für Patienten bezüglich der Kontinuität ihrer Versorgung an einem Standort sowie eine Erschwernis der Krankenhausplanung für die Länder. Im Falle von Lebertransplantationen (inkl. Teilleber-Lebendspenden) existiert zudem bereits eine Mindestmengenaufgabe (jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 20 Fälle) über die Mindestmengenvereinbarung des G-BA.

- Zum Überweisungsvorbehalt der KBV für die Erstzuweisung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie:
 - Nach Kenntnis der Bundesärztekammer beschränkt sich - mit Ausnahme der onkologischen Erkrankungen und für eine Subgruppe von Patienten mit pulmonaler Hypertonie - das Überweisungserfordernis aller bisher formulierten §-116-

Leistungen auf einen nicht näher spezifizierten Vertragsarzt. Insbesondere im Falle der onkologischen Erkrankungen waren nähere Eingrenzungen sinnvoll, um eine pauschale Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung onkologischer Erkrankungen auszuschließen und damit die Schaffung von Parallelstrukturen zur bestehenden vertragsärztlichen Versorgung zu vermeiden. Im Falle potentieller oder tatsächlicher Lebertransplantat-Empfänger erscheint die strikte Eingrenzung auf den Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie allerdings entbehrlich. Gleiches gilt für das Erfordernis einer erneuten Überweisung drei Jahre nach der Erstüberweisung, womit für die Patienten eher ein bürokratisches Hemmnis verbunden wäre, welches eine kontinuierliche Versorgung erschwert.

Weiterhin schlägt die Bundesärztekammer folgende Änderungen vor:

- Unter „Konkretisierung des Behandlungsauftrages ... zur Diagnostik und Therapie werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht ...“ sollte die dort aufgeführte Liste um neurologische und nephrologische Untersuchungen erweitert werden. Dies ist angesichts der Grunderkrankung erforderlich, vor allem aber aufgrund von Nebenwirkungen der Immunsuppression.
- Die tragenden Gründe erläutern sehr ausführlich medizinische und organisatorische Aspekte von Lebertransplantationen, darunter spezielle Aspekte wie die Wartelistenproblematik. Diese Darstellungen sind sachlich nicht in Zweifel zu ziehen, es ist aber zu hinterfragen, inwieweit dies der Erläuterung des eigentlichen Themas dieser Richtlinienkonkretisierung – der ambulanten Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation – dient. Eine diesbezügliche Begründung – warum eine ambulante Öffnung von Krankenhäusern eine sinnvolle Ergänzung der Versorgung der genannten Patientenklientel sein kann - ist hingegen zu vermissen.
- Als eine wesentliche Intention des Gesetzgebers zur Einführung des § 116b SGB V gilt die Versorgung „aus einer Hand“ und damit auch eine Kontinuität für den Patienten bezüglich der Versorgungsstrukturen und seiner dortigen Ansprechpartner. Viele Patienten, die auf Basis dieser Richtlinienerweiterung schon vor einer Transplantation in einem Krankenhaus betreut werden, dürften daher auch nach erfolgter Transplantation ein Interesse daran haben, in diesem Haus weiter betreut zu werden. Daher wäre anzuregen, die Bezeichnung des Katalogthemas durch Einfügung eines „und“ zu ergänzen: „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor **und**/oder nach Lebertransplantation“. Zumindest ein Hinweis in den tragenden Gründen sollte klarstellen, dass es sich in der Katalogbezeichnung nicht um ein ausschließendes „Oder“ handelt.

Berlin, 17.06.2010

i. A.



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