



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche
Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische
Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Berlin, 24.10.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 29.09.2014 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Anlage 1 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) n. § 116b SGB V, schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren, aufgefordert.

Der Beschlussentwurf dient der weiteren Konkretisierung der im März 2013 vom G-BA festgelegten allgemeinen Rahmenbedingungen für die ASV und beinhaltet 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 sich aber auch bereits im Gesetzgebungsverfahren zur Reform des § 116b SGB V 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 neugeschaffenen 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 beträchtlichem Aufwand leistbar und für die Rezipienten zumindest ad hoc nicht unmittelbar nachvollziehbar sein dürften. Die zahlreichen Dissenspunkte in Abschnitt 1.1 der Anlage 1 illustrieren dies anschaulich im aktuell vorliegenden Beschlussentwurf.

Aus der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenhäuser ergibt sich die Notwendigkeit, sich für eine Beteiligung an der ASV mit einem hochkomplexen Regelungsgeflecht vertraut zu machen. Dies betrifft etwa die Prüfung der Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen und setzt sich fort bei der Interpretation und Anwendung der jeweiligen Appendizes für die Vergütung. Auch die sowohl vergütungsrechtliche als auch organisatorische Trennung von ASV-Leistungen von der Regelversorgung einerseits sowie von anderen Sonderformen der Versorgung wie z. B. DMPs andererseits wird zu beachten sein.

Ob der Nutzen der neuen Versorgungsform in einem vertretbaren Verhältnis zum Aufwand der Durchführung steht, wird sich erst noch erweisen müssen.

Unabhängig von diesen übergeordneten Erwägungen möchte die Bundesärztekammer im Folgenden noch auf einzelne Details des Richtlinienanhangs eingehen.

Zu Abschnitt 2, „Behandlung“

- Einschluss der Behandlung von Begleiterkrankungen (Zeile 113)
- 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.

- Risikoadaptierte Nachsorge (Zeile 123)
 - Die Bundesärztekammer hält eine risikoadaptierte Nachsorge für sinnvoll unter der Voraussetzung, dass sie sich auf die innerhalb der Einrichtung bzw. durch das Team behandelte Patientinnen und Patienten beschränkt. Es ist davon auszugehen, dass viele Patienten nach ihrer Behandlung für die Nachsorge den Kontakt zum vertrauten Arzt beibehalten möchten. Zugunsten der Kontinuität der Behandlung und mit Blick auf den Erhalt der freien Arztwahl für die Patienten sollte insofern die Möglichkeit hierzu angeboten werden können.

- Schwangerschaftsmitbetreuung (Zeile 125)
 - Die Versorgung von Schwangeren ist im Bereich niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen etabliert. Eine parallele Betreuung mit unklaren Kompetenzabgrenzungen sollte vermieden werden.

- Durchführung von PET/PET-CT, sofern relevant für die Entscheidung zwischen verschiedenen Therapieoptionen (Zeile 138)
 - Die Möglichkeit einer Untersuchung mittels PET/PET-CT ist zu gewährleisten. Die Entscheidung für eine Untersuchungsmethode ist vor ihrer Anwendung stets sorgfältig abzuwägen; zusätzlich gilt das spezifische Gebot der Orientierung an der jeweils besten verfügbaren Evidenz n. § 5 Abs. 1 Satz 4 ASV-RL.

- Durchführung spezifischer Untersuchungen zur Therapiesteuerung (z.B. 21-gene RT-PCR-Assay, uPA/PAI-Testung) (Zeile 141)
 - Als Option zur Therapiesteuerung sollten auch molekulargenetische Testverfahren innerhalb der ASV-Versorgung möglich sein. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der ansonsten zu beobachtenden Bereitschaft, für die Versorgungsform ASV einen hohen Aufwand zu betreiben, was eine Ausklammerung potenziell effektiver diagnostischer Möglichkeiten unangemessen erscheinen lassen würde.

Zu Abschnitt 3.1, „Personelle Anforderungen“:

- Zuordnung von Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin (Zeile 190)
 - In der in Kraft getretenen Anlage 1 a der ASV-Richtlinie für die Tumorgruppe 1 - gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle – ist diese Qualifikation bereits dem interdisziplinären Team zugeordnet worden.

Zu Abschnitt 3.2, „Sächliche und organisatorische Anforderungen“:

- Forderung der Bereitstellung kostenlos erhältlichen Informationsmaterials für Patienten, wobei das Material „industriunabhängig“ zu sein hat (Zeile 251)

- Die Bundesärztekammer gibt erneut zu bedenken, dass eine solche Unabhängigkeit nicht immer zweifelsfrei zu erkennen sein wird. Auch wird nicht für jede gynäkologische Tumorentität laienverständliches und kostenloses Material verfügbar sein.
- Forderung, dass eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgen muss (Zeile 255)
- Die Bundesärztekammer begrüßt die Unterstützung von und die Zusammenarbeit mit Krebsregistern. Wie aber bereits aus der Formulierung selber zu entnehmen ist, bestehen landeseigene (und dabei nicht immer einheitliche) Regelungen, welcher Arzt bei welcher Gelegenheit eine Meldung zu tätigen hat. Insofern kann diese Forderung nicht mehr sein als ein appellativer Hinweis.

Zu Abschnitt 3.4, „Mindestmengen“:

- Festlegung einer Mindestmenge (Zeile 265)
- Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Festlegung einer Mindestmenge aus. Allein vor dem Hintergrund der bisherigen Rechtsprechung hat sich eine solche Festlegung als problematisch erwiesen. Zudem gilt als besonderes und innovatives Merkmal der ASV, dass es sich hierbei um eine Versorgungsform handelt, die mit ihren umfassenden und detaillierten Definitionen sächlicher und personeller Voraussetzungen primär über Qualitätsanforderungen gesteuert bzw. zugelassen wird. Die zusätzliche Verwendung des Qualitätssurrogats Mindestmenge im Katalog dieser Anforderungen bedeutet daher eine Überregulierung bei gleichzeitiger Inkaufnahme bekannter Risiken, die aus der nicht nur methodisch-wissenschaftlichen, sondern auch juristischen Angreifbarkeit konkreter Mindestmengen-Festlegungen entstehen.

Berlin, 24.10.2014



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit