



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original: <i>Schmidt</i>			
Kopie: <i>Jauner</i>			
Eingang: 17. Feb. 2009			UP Si He
<i>Ro 17.2.</i>			
GF	M-VL	QS-V	AM
P/O	Recht	FB-Med.	Verw.



Freiheit
Einheit
Demokratie

MR Franz-Heinrich Schäfer
RD Kay Stalinsky
Referent

Gemeinsamer Bundesausschuss

Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
TEL +49 (0)228 99 441-2141
FAX +49 (0)228 99 441-4921
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de
INTERNET www.bmg.bund.de

Bonn, 17. Februar 2009

AZ 216-44746-24

Vorab per FAX: 02241- 9388-35

Betreff: Beschlüsse des G-BA vom 18. Dezember 2008 zur Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V; Prüfung gemäß § 94 SGB V

- hier:
1. Beschluss der Konkretisierung der Anlage 2 Nr.3: Diagnostik u. Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
 2. Beschluss der Konkretisierung der Anlage 2 Nr.4: Diagnostik u. Versorgung von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
 3. Beschluss zur Konkretisierung der Anlage 3 Nr.7: Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
 4. Beschluss zur Konkretisierung der Anlage 2 Nr. 13 Diagnostik u. Versorgung von Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen

Bezug: Ihr Schreiben vom 19. Dezember 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

die vorgenannten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Dezember 2008 sind dem Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 19. Dezember 2008 zur Prüfung nach § 94 Abs. 1 SGB V vorgelegt worden. Nach Prüfung der zugeleiteten Unterlagen wird um Stellungnahme und Erläuterung zu den nachfolgend dargestellten inhaltlichen Aspekten gebeten.

1. **Einschränkung des gesetzlichen Kataloges in § 116 Abs. 3 SGB V**

Nach Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Gesundheit kann der Gemeinsame Bundesausschuss zwar den gesetzlich festgelegten Katalog durch die Aufnahme weiterer Leistungen und Erkrankungen in seine Richtlinien ergänzen. Er hat jedoch keine Befugnis, Leistungen oder gar Erkrankungen aus dem gesetzlich vorgegebenen Katalog § 116b Abs. 3 SGB V zu streichen oder einzuschränken. Diese Entscheidung ist allein dem Gesetzgeber vorbehalten.

Zu diesem Aspekt bitte ich hinsichtlich der Festlegungen in nachfolgenden Richtlinienbeschlüssen Stellung zu nehmen:

a. **Richtlinienbeschluss zu Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen**

Die Konkretisierung hierzu wurde in zwei Teile unterteilt. Vorgaben wurden zunächst zum Teil 1: angeborene Skelettsystemfehlbildungen beschlossen. Zum Teil 2 wurde festgelegt: "Die Aufnahme weiterer Fehlbildungen wird bis 31.12.2010 geprüft." Hinsichtlich der Konkretisierung der Erkrankung sieht der Richtlinienbeschluss einen Ausschluss von „quasi heilbaren“ Fehlbildungen“ vor:

„Ausgeschlossen sind einfache durch limitierte chirurgische Therapie quasi heilbare Fehlbildungen, bei denen die Patientinnen und Patienten einer regelhaften interdisziplinären Langzeitbetreuung in der ambulanten Behandlung am Krankenhaus nicht bedürfen.“

So wird auch in den tragenden Gründen darauf hingewiesen, dass innerhalb der Skelettsystemfehlbildungen das Krankheitsspektrum von harmlosen Fehlbildungen bis zu schweren Störungen oder Krankheitsbildern reicht, die i.d.R. nicht mit dem Leben vereinbar sind. Viele Fehlbildungen, unabhängig davon ob Skelettsystem- oder Organfehlbildungen, seien nach einmaliger operativer Korrektur behoben und benötigen keine weitere interdisziplinäre Betreuung.

Es mag medizinisch zutreffend sein, dass bestimmte „quasi heilbare“ Fehlbildungen (bei denen eine einmalige chirurgische Maßnahme ausreicht) keiner interdisziplinären Langzeitbetreuung in der ambulanten Behandlung eines Krankenhauses nach § 116b SGB V bedürfen. Hierdurch werden jedoch gleichzeitig bestimmte, bereits von dem Tatbestand des § 116b Abs. 3 Nr. 2 SGB V erfasste Erkrankungen des gesetzlichen Kataloges durch eine an dem konkreten Behandlungsbedarf orientierte Beurteilung ausgeschlossen, sodass hierin

Seite 3 von 5

eine die Befugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses überschreitende Verkürzung des gesetzlichen Katalog – Tatbestandes zu sehen sein könnte.

Hinzu kommt, dass es in Teil 2 des Richtlinienbeschlusses nach dem Wortlaut der Formulierung „Die Aufnahme weiterer Fehlbildungen wird bis zum 31.12.2010 geprüft“ auch möglich erscheint, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zu einer Nichtberücksichtigung bestimmter Fehlbildungen kommen könne, obgleich diese Erkrankungen bereits vom gesetzlichen Tatbestand umfasst sind. Diese (möglicherweise nur) missverständliche Festlegung wird auch durch die tragenden Gründe weiter untermauert, in denen ausgeführt wird: „bis zum 31.12.2010 werden Anträge zur Aufnahme in den Teil 2 geprüft“. Bei den Erkrankungen nach dem gesetzlichen Tatbestand des § 116b SGB V bedarf es hingegen keines Antrags. Sie sind vom gesetzlichen Tatbestand umfasst.

b. Richtlinienbeschluss zu schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen

Hier geht es aus der Sicht des Bundesministeriums um Klärung der Frage, ob mit der vorgesehenen Beschränkung auf „schwerwiegende Infekte“ eine Einschränkung des gesetzlichen Tatbestandes der „schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen“ bewirkt werden soll (denn: es geht nach der gesetzlichen Regelung des § 116b Abs. SGB V allein um schwerwiegende Erkrankungen und nicht um schwerwiegende Stadien und Verlaufsformen).

Zudem bleibt bei der Formulierung der Richtlinie offen, ob im individuellen Krankheitsverlauf eines Versicherten konkret schwerwiegende Infekte auftreten müssen, damit seine Behandlung nach § 116b SGB V zulässig ist oder es sich um eine generalisierende Betrachtung handelt, wonach die aufgeführten Erkrankungen allgemein dazu neigen müssen, schwerwiegende Infekte aufzuweisen.

c. Richtlinienbeschluss zu den neuromuskulären Erkrankungen

Der Beschluss zur Konkretisierung der neuromuskulären Erkrankungen berücksichtigt ausweislich der tragenden Gründe nicht solche neuromuskulären Erkrankungen, die z. B. durch onkologische Therapien oder als Folge rheumatologischer Erkrankungen auftreten, sowie andere erworbene neuromuskuläre Erkrankungen, die den neuromuskulären Erkrankungen ähnliche Manifestationen, wie sie z. B. im Rahmen von Diabetes mellitus, Alkohol- und Drogenabusus auftreten, da sie im Wesentlichen der Therapie der Grunderkrankungen bedürften.

Seite 4 von 5

Es stellt sich die Frage, ob damit möglicherweise entgegen dem Wortlaut des § 116b Abs. 3 SGB V eine Gruppe von neuromuskulären Erkrankungen von der Leistungserbringung nach § 116b SGB V ausgenommen wird, zumal der G-BA sie selbst in seinen tragenden Gründen als "neuromuskuläre Erkrankungen" bezeichnet.

2. Mindestmengen

Im Hinblick auf die festgelegten Mindestzahlen von zu behandelnden Patientinnen und Patienten ergibt sich ebenfalls noch Erläuterungsbedarf. So erscheint bei den schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen die Begründung für die Festlegung einer Mindestmenge in Höhe von 50 behandelten Patientinnen und Patienten nicht ausreichend in Anbetracht der Tatsache, dass die angegebene Prävalenz sich im Wesentlichen auf die überwiegend betroffenen Kinder und Jugendlichen bezieht. Eine Differenzierung der Prävalenzschätzung auch auf betroffene Erwachsene, für die die Mindestmengen festgelegt wurden, fehlt. Ebenso ist auch nicht erkennbar, ob erwogen wurde, ggf. auf die Festlegung einer Mindestmenge zu verzichten.

Auch bei den neuromuskulären Erkrankungen ist nicht nachvollziehbar erläutert, wieso der Gemeinsame Bundesausschuss bei einer ermittelten Prävalenz von rd. 40.000 betroffenen Erwachsenen eine Mindestmenge in Höhe von 50 behandelten Patientinnen und Patienten für notwendig hält.

3. Richtlinienbeschluss zu den Anfallsleiden

Das Bundesministerium für Gesundheit hält die vorgenommene Konkretisierung der Anfallsleiden aus medizinischer Sicht zwar für nachvollziehbar, weil die weiteren anfallsweise auftretenden Krankheiten allgemein nicht unter Anfallsleiden im eigentlichen Sinne subsumiert werden. Es stellt sich jedoch die Frage, warum in den tragenden Gründen terminologisch nicht dementsprechend differenziert wird, sondern die weiteren Erkrankungen als "Anfallsleiden anderer Genese" bezeichnet werden. Diese terminologische Unschärfe impliziert, dass hiernach bestimmte "Anfallsleiden" ausgeschlossen sein könnten. Hier sollte in den tragenden Gründen auf die Verwendung einer konsistenten Terminologie geachtet werden, um entsprechende Missverständnisse zu vermeiden.

Das Bundesministerium für Gesundheit befürwortet angesichts der die einzelnen Richtlinienbeschlüsse übergreifenden und zusammenhängenden Aspekte vor der Erarbeitung einer Stellungnahme ein gemeinsames Gespräch zur Erörterung der aufgeworfenen Fragen. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss diese Möglichkeit

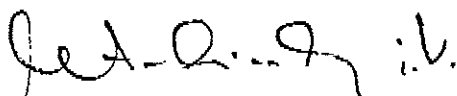
Seite 5 von 5

wahrnehmen möchte, bitte ich um Rückmeldung zur Vereinbarung eines gemeinsamen Gesprächstermins.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach § 94 Abs. 1 S. 3 SGB V mit diesem Schreiben der Lauf der Beanstandungsfrist unterbrochen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Franz-Heinrich Schäfer