

**Tragende Gründe
zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie über die ambulante Behandlung
im Krankenhaus nach § 116b des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (ABK-RL):
Anlage 2 Nummer 3 Teil 1- angeborene Skelettsystemfehlbildungen**

Inhaltsverzeichnis

- I. Rechtsgrundlagen**
- II. Eckpunkte der Entscheidung**
- III. Verfahrensablauf**
- IV. Auswertung des Stellungnahmeverfahrens**
- V. Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens**

I. Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt auf der Grundlage von § 116b Abs. 4 SGB V die Weiterentwicklung im Sinne einer Ergänzung, Konkretisierung und Überprüfung des Katalogs von hochspezialisierten Leistungen und von seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverläufen in § 116b Abs. 3 SGB V. Gemäß § 116b Abs. 4 Satz 5 SGB V überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinie daraufhin, ob sie noch den in den Sätzen 2 bis 4 genannten Kriterien entsprechen und prüft, ob neue hochspezialisierte Leistungen, neue seltene Erkrankungen und neue Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V aufgenommen werden müssen.

In der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) hat der G-BA die Grundlagen für die Ergänzung der Kataloginhalte, die Konkretisierung, die Überprüfung und die Weiterentwicklung des Kataloges nach der Verfahrensordnung des G-BA geregelt.

II. Eckpunkte der Entscheidung

Die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen ist bereits im Katalog der seltenen Erkrankungen und der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in § 116b Abs. 3 SGB V und in der Richtlinie des G-BA enthalten. Da Fehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen weder ursächlich noch hinsichtlich der medizinischen Diagnostik und Versorgung in einem Zusammenhang stehen, wurden diese beiden Krankheitsgruppen getrennt betrachtet. Die Konkretisierung der neuromuskulären Erkrankungen ist bereits gesondert erfolgt und Inhalt der Anlage 2, Nr. 14. Die Fehlbildungen wiederum wurden in einen Teil 1 „angeborene Skelettsystemfehlbildungen“ und einen Teil 2 „Fehlbildungen“ unterteilt. Die Konkretisierung von Teil 1 der Anlage 2, Nr. 3 („Angeborene Skelettsystemfehlbildungen“) wurde im Beschluss vom 18. Juni 2009 umgesetzt.

Während der aktuellen Beratungen zur Konkretisierung der Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen hat die zuständige Arbeitsgruppe des G-BA festgestellt, dass aus Gründen der Systematik die Aufnahme der idiopathischen

Skoliose und der angeborenen Deformitäten der Wirbelsäule in die bereits bestehende Konkretisierung der Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen, Teil 1 angeborene Skelettsystemfehlbildungen (Anlage 2 Nr. 3) angezeigt ist.

Ziel des vorliegenden Änderungsbeschlusses ist die Ergänzung der Konkretisierung von Teil 1 angeborene Skelettsystemfehlbildungen um folgende ICD-Kodes: M41.0- Idiopathische Skoliose beim Kind (ab 20 Grad Cobb Winkel), M41.1- Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen (ab 20 Grad Cobb Winkel) sowie Q67.5 Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule.

Die idiopathische Skoliose in der o.g. Ausprägung gehört zu den chronischen seltenen Erkrankungen. Diese Skoliosen und angeborene Wirbelsäulendeformitäten sind bereits bei der Geburt vorhanden oder treten im Wachstumsalter auf. Bei bisher sehr unsicherem Wissen zur Prognose im Einzelfall kommen Fälle mit starken Krümmungszunahmen und solche mit gleichbleibenden Krümmungsmaßen vor. Die Bedeutung der Erkrankung liegt darin, dass Wirbelsäulenverkrümmungen zu entstellenden Rumpfdeformierungen, zu vorzeitigen symptomatischen Verschleißerscheinungen, zu Einschränkungen der Herz- und Lungenfunktion und sogar zu Lähmungen (Querschnittslähmung) führen können und diese Sekundärfolgen meist irreversibel sind.

Um einen progredienten Krankheitsverlauf und dadurch die Schädigung anderer Organe zu verhindern, sind Diagnostik und Behandlung durch spezialisierte Ärzte in einem abgestimmten Behandlungskonzept im Sinne des § 116b SGB V notwendig. Eine frühzeitige Behandlung durch Korsettversorgung, spezielle Physiotherapie usw. kann die Operationsindikation (Deformitätenkorrektur mit impliziter Teilversteifung der Wirbelsäule) verhindern.

III. Verfahrensablauf

Die Patientenvertretung stellte einen Ergänzungsantrag zur Aufnahme der „Skoliose“ in die Anlage 2 Nr. 3, der in der Sitzung des Unterausschusses am 15. Juni 2011 beraten wurde. Der Unterausschuss beauftragte die Arbeitsgruppe, eine Beschlussempfehlung einschließlich der tragenden Gründe zum Antrag der Patientenvertretung zu erarbeiten und dabei die Ergebnisse einer noch durchzuführenden Prävalenzrecherche der Abteilung Fachberatung Medizin zu berücksichtigen. Die AG hat das Thema insgesamt

in 4 Sitzungen beraten. In der AG-Sitzung am 26. Juli 2011 wurden die Ergebnisse der Prävalenzrecherche zur Skoliose vorgestellt und ein zur Sitzung vorgelegter modifizierter Ergänzungsantrag der Patientenvertretung beraten. Dieser Ergänzungsantrag bezog sich u.a. auf den ICD-Kode Q67.5 (Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule inkl.: Angeborene Skoliose) in Ergänzung zum ICD-Kode Q76.3 (angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung), der in der Konkretisierung in Anlage 2 Nr. 3 Teil 1 bereits aufgenommen ist. Dieser Teil des Antrags war in der AG Konsens. Die Patientenvertretung beantragte darüber hinaus, aus der Gruppe der ICD-Kodes M41.- (Skoliose) die ICD-Kodes M41.0- (Idiopathische Skoliose beim Kind) und M41.1- (Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen) mit einer Eingrenzung auf einen Schweregrad ab Cobb-Winkel von 20 Grad zu berücksichtigen. Die KBV vertrat allerdings die Auffassung, dass die idiopathische Skoliose keine Fehlbildung darstelle und somit keine Katalogleistung nach § 116b SGB V sei. Zur Aufnahme der idiopathischen Skoliose in den Leistungskatalog des § 116b Abs. 3 i.V.m. Abs. 4 Satz 1 SGB V ist daher von der KBV vertreten worden, da die Erkrankung nicht vom gesetzlichen Katalog des § 116b Abs. 3 Nr. 2 SGB V umfasst sei, entweder eine Vorlage gemäß 3. Kapitel § 2 Lit. b Verfahrensordnung (VerfO) einzubringen oder einen Initiativbeschluss gemäß 3. Kapitel § 2 Lit. a VerfO zu fassen. Die Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle wurde hierzu um Prüfung gebeten und legte in einer Stellungnahme dar, dass die Beantwortung der Frage, wie die Aufnahme der idiopathischen Skoliose in den Leistungskatalog verfahrensrechtlich auszugestalten sei, allein von der medizinischen Bewertung abhängt, ob die idiopathische Skoliose als Fehlbildung anzusehen sei. Sollte die idiopathische Skoliose eine Fehlbildung i.S.d § 116b Abs. 2 8. Spstr. SGB V sein, so ist für die Konkretisierung keine gesonderte Einleitung eines Prüfverfahrens nach 3. Kapitel § 2 lit. a) oder b) VerfO erforderlich. Denn die Erkrankungen nach § 116b Abs. 3 SGB V sind – anders als die erst später nach § 116b Abs. 4 SGB V vom G-BA ergänzten – bereits kraft gesetzlicher Anordnung einer ambulanten Krankenhausbehandlung zugänglich. Der G-BA hätte bereits aus gesetzlicher Verpflichtung heraus die ambulante Behandlung zu konkretisieren. Diese Auffassung bildet der Mehrheitsbeschluss des G-BA-Plenums am 15. Dezember 2011 ab. Sollte eine Einordnung der idiopathischen Skoliose in die Fehlbildungen i.S.d § 116b Abs. 2 8. Spstr. SGB V dagegen nicht möglich sein, ist zur Ergänzung des gesetzlichen Kataloges nach § 116b Abs. 4 Satz 1 SGB V entweder ein Initiativbeschluss des Plenums gem. 3. Kapitel § 2 lit. a) VerfO oder eine Vorlage einer der

Trägerorganisationen oder der Patientenorganisationen gem. § 140f SGB V nach 3. Kapitel § 2 lit. b) VerfO notwendig. Dies blieb weiterhin die Grundlage der abweichenden Position der KBV in der Sitzung des Plenums am 15. Dezember 2011.

Die Patientenvertretung hielt ihren Antrag zur Aufnahme der idiopathischen Skoliose in die Konkretisierung der Anlage 2 Nr. 3 (Teil 1) der Richtlinie nach § 116b SGB V aufrecht. Zur Begründung wurde auf die, im Nachgang der AG-Sitzung eingeholte Stellungnahme von Prof. Dr. med. Ulf Liljenqvist zur Fehlbildungseigenschaft der idiopathischen Skoliose vom 18. August 2011 verwiesen. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen (für angeborene sowie erworbene/idiopathische Skoliosen) sei eine Aufnahme in Teil 1 der Anlage 2 Nr. 3 angezeigt. Ein Initiativbeschluss des Plenums hielt die Patientenvertretung daher für nicht erforderlich. Der Unterausschuss hatte am 14. September 2011 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens bei der BÄK unter Darstellung der dissidenten Positionen beschlossen. Die Stellungnahme der BÄK liegt seit dem 13. Oktober 2011 vor.

In der Sitzung des Unterausschusses am 9. November 2011 wurde die Ergänzung der Anlage 2 Nummer 3 Teil 1 um den ICD-Kode Q67.5 konsentiert. Die Aufnahme der ICD-Kodes M41.0- (ab 20 Grad Cobb-Winkel) und M41.1- (ab 20 Grad Cobb-Winkel) in Teil 1 blieb weiter dissent. Der GKV-SV, die DKG und die Patientenvertretung befürworteten die Aufnahme, die KBV lehnte diese ab.

In der Sitzung des Plenums am 15. Dezember 2011 bekräftigte die KBV ihre Ansicht, dass die idiopathische Skoliose nicht unter die angeborenen Skelettsystemfehlbildungen falle. Demgegenüber vertrat der GKV-SV die Auffassung, dass man davon ausgehen müsse, dass bei Kindern und Jugendlichen, die keine leichtgradige Skoliose aufwiesen und weder ein entzündliches noch ein Unfallgeschehen oder eine andere Erkrankung vorläge, es sich um ein Geschehen mit einer angeborenen Komponente handele. Insbesondere da es in Deutschland kein vorgeburtliches oder postnatales Screening gäbe und deshalb die Diagnose u.U. erst im 3.-4. Lebensjahr gestellt werde, sei davon auszugehen, dass die Erkrankung höheren Schweregrades bei Kindern und Jugendlichen angeboren sei. Die Patientenvertretung verwies darauf, dass bei der schwergradigen „Idiopathischen Skoliose“ genetische Ursachen bekannt seien. Zudem verweist sie auf die Synergieeffekte für die Versorgung der betroffenen Kinder durch die Einordnung in die bereits bestehende Konkretisierung.

Beratungsgremium	Datum	Inhalt
AG-Beratungen zum Thema Fehlbildungen	10.08.2010	Anmerkungen der Patientenvertretung zum Thema „Skoliose“
Vorschlag der Patientenvertretung	04.05.2011	
1. AG-Sitzung	17.05.2011	Beratung des Vorschlags der Patientenvertretung vom 04.05.2011 bzw. eines überarbeiteten Vorschlags der Patientenvertretung vom 17.05.2011
Unterausschuss	15.06.2011	Ergänzungsantrag der Patientenvertretung
2. AG-Sitzung	26.07.2011	Modifizierter Antrag der Patientenvertretung Beratung der Prävalenzrecherche der Abteilung Fachberatung Medizin vom 25.07.2011
	18.08.2011	Stellungnahme Prof. Dr. med.Liljenqvist
	30.08.2011	Stellungnahme der Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle
3. AG-Sitzung	12.09.2011	Beratung der o.g. Stellungnahmen
Unterausschuss	14.09.2011	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens bei der Bundesärztekammer
Vorlage der Stellungnahme der Bundesärztekammer	13.10.2011	
4. AG-Sitzung	17.10.2011	Beratung der Stellungnahme der Bundesärztekammer
Unterausschuss	09.11.2011	Würdigung der Stellungnahme der Bundesärztekammer –
Plenum	15.12.2011	Beschlussfassung

Tabelle: Verfahrensablauf

IV. Auswertung des Stellungnahmeverfahrens

Der Bundesärztekammer wurde gemäß § 91 Abs. 5 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Bundesärztekammer unterstützt die im Beschlussentwurf vorgesehene Ergänzung des ICD-Kodes Q67.5 in Teil 1 der Konkretisierung. In Bezug auf die ICD-Kodes M41.0- und M41.1- hält die Bundesärztekammer die Einschätzung der KBV, dass die idiopathische Skoliose keine Fehlbildung gemäß dem üblichen Verständnis einer vorgeburtlichen Genese sei, für zutreffend und rät von einer Aufnahme in die Anlage der Richtlinie ab, da sonst die Systematik in Frage gestellt werden würde.

Die Arbeitsgruppe hat die Stellungnahme der BÄK in ihrer Sitzung am 17. Oktober 2011 beraten. Die Bänke und die Patientenvertretung hielten ihre dissidenten Voten in Bezug auf die Aufnahme der idiopathische Skoliose in Anlage 2 Nummer 3 Teil 1 aufrecht.

Im Unterausschuss am 9. November 2011 wurde die Stellungnahme ebenfalls gewürdigt. Die Träger und die Patientenvertretung hielten auch hier in Bezug auf die Aufnahme der idiopathische Skoliose in Anlage 2 Nummer 3 Teil 1 unverändert an ihren Positionen fest.

Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Sabine Schmidt
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Berlin, 13.10.2011
Fon
+49 30 400 456-433
Fax
+49 30 400 456-378
E-Mail
dezernat3@baek.de
Diktatzeichen
Zo/Ke
Aktenzeichen
872.010
Seite
1 von 1

—

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: Ergänzung der Konkretisierung der Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen um „Skoliose“
hier: Ihr Schreiben vom 15.09.2011

Sehr geehrte Frau Schmidt,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen
i. A.

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

Anlage

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Postfach 12 08 64
10598 Berlin
Fon +49 30 400 456-0
Fax +49 30 400 456-388
info@baek.de
www.baek.de



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:
Ergänzung der Konkretisierung der Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen um „Skoliose“

Berlin, 13.10.2011

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 15.09.2011 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu einer weiteren Konkretisierung der Anlage der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V abzugeben. Die Ergänzung der Anlage betrifft die Regelungen für die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, wobei das Krankheitsbild Skoliose in die bereits erfolgte Konkretisierung ergänzt werden soll.

Der G-BA hatte am 18.06.2009 die Konkretisierung der „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen, Teil 1 angeborene Skelettsystemfehlbildungen“ beschlossen. Gleichzeitig wurde festgelegt, die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen in einem zweiten Teil zu konkretisieren. Im Zuge der Beratungen hierzu stellten die Patientenvertreter einen Ergänzungsantrag zur Aufnahme der „Skoliose“ in die Anlage 2 Nr. 3 Teil 1. Dieser Ergänzungsantrag bezieht sich

- auf den ICD-Kode Q67.5 (Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule inkl.: Angeborene Skoliose) in Ergänzung zum bereits in der Anlage abgebildeten ICD-Kode Q76.3 (angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung)
- auf die ICD-Kodes M41.0- (Idiopathische Skoliose beim Kind) und M41.1- (Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen) mit einer Eingrenzung auf einen Cobb-Winkel ab 20 Grad.

Der entsprechende Beschlussentwurf ist insofern dissent, als die KBV die Auffassung vertritt, eine idiopathische Skoliose sei keine Fehlbildung gemäß dem üblichen Verständnis einer vorgeburtlichen Genese und könne somit nicht in die Katalogleistungen nach § 116b SGB V aufgenommen werden.

Die Bundesärztekammer nimmt zum vorgesehenen Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer kann den Beschlussentwurf nur in Bezug auf die Ergänzung des ICD-Kodes Q67.5 (Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule inkl.: Angeborene Skoliose) unterstützen.

Soweit es die ICD-Kodes M41.0- (Idiopathische Skoliose beim Kind) und M41.1- (Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen) betrifft, hält die Bundesärztekammer die diesbezügliche Einschätzung der KBV für zutreffend und rät von einer Aufnahme in die Anlage der Richtlinie ab, da ansonsten deren Systematik in Frage gestellt werden würde.

Berlin, 13.10.2011



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

Berlin, den 15. Dezember 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß §91 SGB V

Der Vorsitzende

Dr. Hess