

Bekanntmachung [1526 A]
eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Neufassung der §§ 1 bis 5
der Richtlinie
Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(SGB V)

Vom 21. Februar 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Februar 2008 beschlossen, die Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 18. Oktober 2005 (BAnz. S. 88) zuletzt geändert am 18. Januar 2007 (BAnz. S. 4002) unter Abänderung des Beschlusses vom 18. Oktober 2007* wie folgt in den §§ 1 bis 5 neu zu fassen und damit an die Erfordernisse des GKV-WSG anzupassen:

I.

Die §§ 1 bis 5 werden aufgehoben und wie folgt neu gefasst:

Neufassung der §§ 1 bis 5
der Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
über die
ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V
– Beschluss des G-BA nach § 91 Abs. 4 SGB V –
vom 21. Februar 2008

Inhalt

- § 1 Gesetzliche Grundlage und Regelungsgegenstand
- § 2 Bestimmung geeigneter Krankenhäuser nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V
- § 3 Qualitätssicherung
- § 4 Überweisungserfordernis
- § 5 Inhalt der Bestimmung nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V

§ 1

Gesetzliche Grundlage und Regelungsgegenstand

- (1) Diese Richtlinie 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 besonderen Krankheitsverläufen in § 116b Abs. 3 SGB V (Kataloginhalte), für deren ambulante Erbringung beziehungsweise Behandlung die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden geeignete Krankenhäuser bestimmen. Das Verfahren der Weiterentwicklung der Kataloginhalte richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (2) Die ambulante Behandlung im Krankenhaus ist nur in Leistungsbereichen zulässig, in denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf.

§ 2

Bestimmung geeigneter Krankenhäuser
nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V

- (1) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bestimmen auf Antrag unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation geeignete Krankenhäuser
 - a) zur ambulanten Erbringung von hochspezialisierten Leistungen nach Anlage 1,
 - b) zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen nach Anlage 2 oder
 - c) zur ambulanten Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Anlage 3.
- (2) Es gelten die vom Bundesausschuss in den Anlagen festgelegten Konkretisierungen der Erkrankung und des Behandlungsauftrags, die sächlichen und personellen Anforderungen gemäß § 3, die Überweisungserfordernisse gemäß § 4 sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.

§ 3

Qualitätssicherung

- (1) Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten mindestens die in der Anlage der Richtlinie festgelegten Anforderungen oder – soweit diese nicht vorhanden sind – die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend. Soweit keine Regelungen nach Satz 1 vorliegen, muss eine Leistungserbringung

nach dem „Facharztstandard“ gewährleistet sein. Zusätzlich gelten die in dieser Richtlinie festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V für die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses.

- (2) Die Krankenkassen prüfen in begründeten Zweifelsfällen, ob die Anforderungen nach Absatz 1 von den Krankenhäusern erfüllt werden; die dafür notwendigen Unterlagen sind auf Verlangen vorzulegen.

§ 4

Überweisungserfordernis

- (1) Die Anlagen 1 bis 3 bestimmen jeweils, ob und in welchen Fällen die ambulante Behandlung bei Kataloginhalten von einer Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt abhängig ist.
- (2) Bestehen keine Regelungen nach Absatz 1 setzt die ambulante Erbringung hochspezialisierter Kataloginhalte (Anlage 1) durch das Krankenhaus die Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus, wenn dies auch im vertragsärztlichen Bereich notwendig ist.

§ 5

Inhalt der Bestimmung nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V

Bestimmungen geeigneter Krankenhäuser nach § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V sollten insbesondere folgende Spezifizierungen enthalten:

- Bezeichnung und Nummer der Kataloginhalte gemäß Anlage 1 bis 3, für die Leistungen, zu deren Erbringung das Krankenhaus bestimmt wird,
- genaue Beschreibung des Leistungsumfangs, unter Verwendung der in den Anlagen aufgeführten Konkretisierungen und soweit möglich OPS-Ziffern,
- Angabe der sächlichen und personellen Anforderungen sowie der einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung durch Wiedergabe der einschlägigen Bestimmungen der Anlagen oder Festlegungen nach § 3 Abs. 2 Satz 2; eine Konkretisierung des Facharztstandards nach § 3 Abs. 1 Satz 2 ist zulässig,
- Angaben zu Überweisungserfordernissen entsprechend § 4 und
- das Nähere über die Durchführung der Versorgung, insbesondere der Nachweis der Einhaltung der sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses, sowie der einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V.

II.

Der Beschluss tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

*) vgl. Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de

Siegburg, den 21. Februar 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende
Hess

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie
Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
Festlegung einer Mindestmengenregelung

BAnz. Nr. 65 (S. 1533) vom 29.04.2008

Vom 21. Februar 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Februar 2008 beschlossen, die Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 18. Oktober 2005 (BAnz. S. 88) zuletzt geändert am 18. Januar 2007 (BAnz. S. 4002) unter Abänderung des Beschlusses vom 25. September 2007*) folgende Mindestmengenregelung in § 6 (neu) der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V einzufügen.

I.

§ 6 in der bestehenden Fassung wird aufgehoben und wie folgt neu gefasst:

§ 6
Mindestmengen

(1) Soweit in den Anlagen 2 und 3 Mindestmengen festgelegt werden, ist ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung von Erkrankungen nur berechtigt, wenn es pro Jahr und gelisteter Erkrankung mindestens die dort bestimmte Zahl verschiedener Patienten behandelt. Satz 1 gilt entsprechend für hochspezialisierte Leistungen nach Anlage 1. Der Gemeinsame Bundesausschuss orientiert sich bei der Festlegung von Mindestmengen für die Behandlung von Erkrankungen nach Anlage 2 sowie für Leistungen nach Anlage 1 an einem Wert von 50 Behandlungsfällen pro Jahr. Mindestmengen für die Behandlung von Erkrankungen nach Anlage 3 ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss grundsätzlich nach einem Richtwert von 0,1 % der bundesweit prävalenten Fälle; von diesem Grundsatz kann der Gemeinsame Bundesausschuss in begründeten Einzelfällen abweichen. Wäre nach Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses für einzelne Erkrankungen nach Anlage 2 oder für Leistungen nach Anlage 1 nur ein niedrigerer Wert als 50 angemessen, kann auf die Festlegung einer Mindestmenge verzichtet werden; dasselbe gilt, wenn die Prävalenzermittlung für Erkrankungen nach Anlage 3 zu einer niedrigeren Mindestmenge als 50 führen würde. Für Erkrankungen, die mit einer Prävalenz von weniger als 5 auf 100 000 auftreten wird in der Regel auf eine Mindestmenge verzichtet.

(2) Für die Berechnung der Mindestmengen ist die Summe aller Krankheitsfälle maßgeblich, die zu den einzelnen in den Anlagen näher bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und die in dem Krankenhaus als ambulante Krankenhausbehandlung nach dieser Richtlinie, im Rahmen der stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden.

(3) Soweit in Anlage 3 Nr. 1 Tumorgruppen genannt sind, sind diese Gruppen für die Mindestmengen und die zu zählenden Krankheitsfälle maßgeblich.

(4) Ausnahmen von den Mindestmengen sind zulässig,

1. soweit die Mindestmengen bis zu einer Dauer von höchstens zwei Jahren unterschritten werden und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie in späteren Jahren erfüllt werden oder
2. soweit das Krankenhaus auf die Behandlung von nicht näher geregelten Untergruppen der in den Anlagen aufgeführten Erkrankungen oder Tumorgruppen spezialisiert ist, von denen bundesweit nicht mehr als 5 von 100 000 Personen betroffen sind.

*Die Mindestmengen gelten nicht für die Versorgung von Kindern bis einschließlich 17 Jahre, wenn diese in einer pädiatrischen Abteilung behandelt werden.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten befristet bis 31. Dezember 2010. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ihre Auswirkungen spätestens im Jahr 2010 zu überprüfen und die Richtlinie auf Grundlage der Überprüfung anzupassen.

II.

Der Beschluss tritt am Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

*) vgl. Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de

Siegburg, den 21. Februar 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende
Hess

[1525 A]

**Bekanntmachung
eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Konkretisierung
der Primär sklerosierenden Cholangitis
in der Richtlinie
Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(SGB V)**

Vom 21. Februar 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Februar 2008 beschlossen, unter Abänderung des Beschlusses des schriftlichen Verfahrens vom 25. September 2007*, die Anlage 2 Nr. 7 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (Konkretisierung der Primär sklerosierenden Cholangitis), wie folgt zu fassen:

I.

Anlage 2 Nr. 7 wird wie folgt gefasst:

7.	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis	<p>Konkretisierung der Erkrankung: Primär sklerosierende Cholangitis (K 83.0)</p> <p>Konkretisierung des Behandlungsauftrages: Ambulante Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis</p> <p>Zur Diagnostik und Therapie werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht. Sie sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung, zum Teil existieren Qualitätsvereinbarungen.</p> <p>Allgemein/fachgebietsbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese - Körperliche Untersuchung - Laboruntersuchungen - Histopathologische Untersuchungen - Beratung - Psychologische Beratung und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung - Ernährungsberatung - Bildgebende Untersuchungen (Röntgen, CT, MRT) <p>Zu internistischen/gastroenterologischen Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultraschalluntersuchungen - Gastroskopie - Koloskopie <p>Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere Maßnahmen notwendig werden.</p>
	Sächliche und personelle Anforderungen	Hinsichtlich der fachlichen Befähigung, der Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung, der apparativen, organisatorischen, räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität gelten die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend.
		Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V u. a.:
		<ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und Therapie)

- Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)
- Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)
- Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Koloskopie (Koloskopie-Vereinbarung)

Richtlinie gemäß § 75 Abs. 7 SGB V

- Richtlinien der kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung

Darüber hinaus gilt:

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis soll in einem interdisziplinären Team erfolgen.

Das interdisziplinäre Team soll von einer Fachärztin/einem Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie (Internistin/Internist und Gastroenterologin/Gastroenterologe) geleitet und koordiniert werden.

In die interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen folgende Fachabteilungen und/oder Fachärztinnen/Fachärzte bzw. Disziplinen einbezogen werden:

- Gastroenterologie
- Chirurgie
- Radiologie
- Transplantationsmedizin
- Pädiatrie

Qualifikationsvoraussetzungen an das Behandlungsteam:

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Behandlungsteams müssen über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen.

Verpflichtung zur Dokumentation und Auswertung:

Das Krankenhaus führt eine Dokumentation durch, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht.

Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Vertragsärztin/einen Vertragsarzt (im Ausnahmefall im stationären Bereich als Konsil/hausinterne Überweisung).

II.

Der Beschluss tritt am Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

*) vgl. Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de

Siegburg, den 21. Februar 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess