

**Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V:**

**Konkretisierung der spezialisierten Diagnostik und Therapie der
schweren Herzinsuffizienz (Stadium NYHA 3 - 4)
in der Anlage 3 Nr. 4 der Richtlinie**

Vom 19. Juni 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2008 beschlossen, die Anlage 3 Nr. 4 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zuletzt geändert am 17. Januar 2008, BAnz, S. 2161 wie folgt zu fassen:

I. Anlage 3 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

4.		Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)
	Konkretisierung der Erkrankung und des Behandlungsauftrages mittels Angabe von Diagnosen (mit ICD Kodifizierung) mit diagnostischen und therapeutischen Prozeduren	<p>Konkretisierung der Erkrankung:</p> <p>Patienten und Patientinnen mit schwerer Herzinsuffizienz der Stadien NYHA 3 (I50.13) oder NYHA 4 (I50.14) oder entsprechender Stadien einer Rechtsherz- oder Globalinsuffizienz (ICD I50.0-, I50.9) oder Patienten und Patientinnen, die innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal vollstationär wegen einer Herzinsuffizienz der Stadien NYHA 3 oder NYHA 4 behandelt worden sind.</p> <p>Konkretisierung des Behandlungsauftrages:</p> <p>Spezialisierte Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz</p> <p>Zur spezialisierten Diagnostik und Therapie werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht. Sie sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung, z. T. existieren Qualitätsvereinbarungen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Anamnese▪ Körperliche Untersuchung▪ Beratung▪ Laboruntersuchungen (z. B. BNP, Troponin T / I, Digitalisspiegel, genetische Analysen bei fam. CMP)▪ Bildgebende Untersuchungen z. B.<ul style="list-style-type: none">• Röntgenuntersuchungen• CT-Untersuchungen• MRT

		<ul style="list-style-type: none"> • Sonographie, z. B. Duplexsonographie ▪ Echokardiographie ▪ Stressechokardiographie ▪ Transösophageale Echokardiographie ▪ EKG-Untersuchungen, inkl. 24 Std. EKG ▪ 24 Std. Blutdruckmessung ▪ Ergometrie, Spiroergometrie ▪ Herzkatheter-Untersuchungen ▪ Blutgasanalyse ▪ Lungenfunktionsmessungen ▪ Myokardszintigraphie, ▪ Medikamentöse Therapie ▪ Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (einschließl. Interventioneller Verfahren), soweit im EBM enthalten ▪ Versorgung mit Herzschrittmachern ▪ Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, implantierten Kardioverttern und/oder implantierten Defibrillatoren ▪ Hypertonieschulung / INR-Patientenschulung ▪ Herzsportgruppen <p>Bei progredientem Krankheitsverlauf oder Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere Maßnahmen notwendig werden.</p>
Sächliche und personelle Anforderungen		<p>Hinsichtlich der fachlichen Befähigung, der Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung, den apparativen, organisatorischen, räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität gelten die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend.</p> <p>Darüber hinaus gilt: Krankenhäuser verfügen über eine kardiologische Fachabteilung oder über eine Abteilung für Innere Medizin mit einem Schwerpunkt Kardiologie zur stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie eine Intensivstation</p> <p>Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz erfolgt in einem interdisziplinären Team, das durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie geleitet wird.</p> <p>In die interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen folgende Fachabteilungen und/oder Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen bei Bedarf einbezogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labormedizin - Radiologie - Nephrologie - Nuklearmedizin - Kardiochirurgie - Transplantationsmedizin <p>Diese Fachdisziplinen können auch durch vertraglich vereinbarte Ko-</p>

	<p>operationen mit externen Leistungserbringern, mit niedergelassenen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder anderen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern eingebunden werden.</p> <p>Eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft muss für die Fachdisziplin Kardiologie gewährleistet sein.</p> <p>Das Krankenhaus muss mindestens 500 dieser Patienten pro Jahr behandeln</p> <p><u>Qualifikationsvoraussetzungen an das Behandlungsteam:</u></p> <p>Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Behandlungsteams müssen über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen. sowie Kompetenz in der Hypertonieschulung / INR -Patientenschulung erwerben.</p> <p><u>Verpflichtung zur Dokumentation und Auswertung:</u></p> <p>Das Krankenhaus führt eine Dokumentation durch, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht.</p> <p><u>Leitlinienorientierte Behandlung:</u></p> <p>Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und möglichst qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.</p>
Überweisungserfordernis	Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin (im Ausnahmefall im stationären Bereich als Konsil oder 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.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

**zur Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116 b SGB V“, in Anlage 3 Nr. 4 der Richtlinie:**

Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)

Gemäß § 116b Abs. 4 SGB V ergänzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen und regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses und ggf. ein Überweisungserfordernis.

In seiner Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V vom 18. Oktober 2005 hat der G-BA die Ergänzung der Kataloginhalte, die Konkretisierung, die Überprüfung und die Weiterentwicklung des Kataloges nach der Verfahrensordnung des G-BA geregelt.

Die spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4) ist bereits im Katalog seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverläufen in § 116b Absatz 3 SGB V und in der Richtlinie des G-BA enthalten. Ziel des Beschlusses ist daher die Ergänzung der Anlage 3 der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ um die Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen. Hierfür wurden vom zuständigen Unterausschuss bzw. der durch ihn eingesetzten Arbeitsgruppe Experten gehört sowie eine orientierende Leitlinien- und Literatursichtung durchgeführt.

Die chronische Herzinsuffizienz ist die Unfähigkeit des Herzens, den Organismus mit ausreichend Blut und damit mit genügend Sauerstoff zu versorgen, um den Stoffwechsel unter Ruhe- wie unter Belastungsbedingungen zu gewährleisten (WHO-Definition 1995). Pathophysiologisch liegt eine multisystemische Störung vor, die unter anderem durch die Dysfunktion der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion charakterisiert ist. Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie z.B. Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungseinschränkung) und/oder Flüssigkeitsretention auf dem Boden einer kardialen Funktionsstörung bestehen.

In Korrelation mit objektivierbaren Kriterien kann die Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten nach der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA) eingeteilt werden. Die vier möglichen Stadien geben Auskunft über den Schweregrad der Leistungseinschränkung. Die in dieser Richtlinie enthaltene schwere Herzerkrankung wird durch das NYHA Stadium III, eine Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei leichter körperlicher Tätigkeit, und das NYHA Stadium IV, eine Herzerkrankung mit Beschwerden in Ruhe klassifiziert.

Die Stadieneinteilung der NYHA beschreibt den momentanen Zustand der Betroffenen. Dieser ist als Diagnose für den Zugang zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V wenig operational. Betroffene, die in einem Stadium III oder IV nach NYHA waren, sollen, auch wenn sie möglicherweise durch die akute Behandlung in das Stadium II gelangt sind, wegen des hohen Risikos gerade von dem spezialisierten und komplexen Angebot am Krankenhaus profitieren, um einer erneuten Verschlechterung vorzubeugen oder zumindest das Intervall möglichst lange auszudehnen. Als Zugangskriterium zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V werden Stadium III und IV nach NYHA analog zur Stadieneinteilung der American Heart Association benutzt, wonach es „keine Rolle“...spielt..., „ob die Symptome aktuell bestehen, nur in der Vorgeschichte bestanden haben oder unter Medikation behoben sind.“ (AHA Stadium C)

Eine chronische Herzinsuffizienz kann auf verschiedenen Ursachen basieren. Die häufigste Ursache einer Herzinsuffizienz in westlichen Ländern ist die koronare Herzerkrankung. Weitere Ursachen sind u.a. arterielle Hypertonie, metabolische Störungen, externe Noxen, Kardiomyopathie, entzündliche Herzerkrankungen.

Patientinnen und Patienten mit einer schweren Herzinsuffizienz sind erheblich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt und haben eine ungünstige Prognose. Sie stellen besondere Herausforderungen an Diagnostik und Therapie und profitieren von einer spezialisierten Betreuung. Die in Anlage 3 niedergelegte Konkretisierung der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren sowie der sächlichen und personellen Anforderungen basieren auf den Ergebnissen der Expertenanhörung und einer Recherche der wissenschaftlichen Literatur. Sie fokussieren auf die qualitativ hochwertige spezialisierte Diagnostik und Therapie in einem interdisziplinären Behandlungsteam. Die genannten Leistungen sind Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, so dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit gemäß § 28 der Verfahrensordnung als hinreichend belegt gelten.

Eine spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz wird durch das Erfordernis eines Facharztes oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie sowie der für diese Fachgruppe spezifischen EBM-Leistungen gewährleistet. Diese umfassen die allgemeinen Leistungen wie Anamnese und körperliche Untersuchungen unter dem fachspe-

zifischen Aspekt ebenso wie spezifische technische Untersuchungsmethoden wie Herzkatheter oder invasive elektrophysiologische Untersuchungen, die nur von Kardiologen erbracht werden können. Darüber hinaus tragen andere Fachdisziplinen wie Radiologie, Nuklearmedizin, Kardiochirurgen und Nephrologen zur spezialisierten Diagnostik bei. Einige spezialisierte kardiologische Untersuchungen sind allerdings nicht Gegenstand des EBM und können aus diesen Gründen auch im Zusammenhang mit spezialisierter Diagnostik der Herzinsuffizienz nicht erbracht werden.

Die Anforderung einer spezialisierten Diagnostik schließt jedoch Routineleistungen wie z. B. die Bestimmung der Elektrolyte im Serum, ein Blutbild oder die Messung des Blutdruckes zur Komplettierung der Diagnostik ebenso wie zur Therapiekontrolle nicht aus. Eine Aufteilung in spezialisierte Diagnostik durch den Kardiologen und organspezifische Routinediagnostik durch den Hausarzt würde die Versorgung der Patientinnen und Patienten erschweren und desintegrieren.

Nach den altersspezifischen Angaben zur Prävalenz der Herzinsuffizienz der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie kann für die Bevölkerung Deutschlands eine Prävalenz von ca. 1,2 Mio. errechnet werden. Über alle Altersgruppen beträgt die Prävalenz der schweren Herzinsuffizienz nach Alter gewichtet 517.000. Eine niederländische Studie gibt Prävalenzen aufgrund der klinischen Symptomatik nach Altersgruppen an. Eine Hochrechnung auf die deutsche Bevölkerung ergibt eine Prävalenz von 834.000. Bei klinisch diagnostizierter Herzinsuffizienz kann von einem relativ hohen Anteil der Stadien III und IV ausgegangen werden. Bei der Annahme, dass 60% der Betroffenen ein Stadium III oder IV nach NYHA haben, kann die Prävalenz der schweren Herzinsuffizienz mit 500.000 angenommen werden.

Gemäß § 6 Abs.1 Satz 4 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V hat der G-BA die Mindestbehandlungsanzahl entsprechend auf 500 Patienten pro Jahr festgelegt.

Der Bundesärztekammer wurde gemäß § 91 Abs. 8a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der Unterausschuss hat die Stellungnahme in seiner Sitzung am 1. April 2008 eingehend beraten und einzelne Anregungen (z. B. zur interdisziplinären Zusammenarbeit) in die Konkretisierung aufgenommen. Zu anderen Aspekten (z. B. zu den Qualifikationsvoraussetzungen des Behandlungsteams) wurde unter den Beteiligten im G-BA mehrheitlich eine andere Einschätzung vertreten, so dass diese nicht in der Konkretisierung aufgegriffen wurden.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Anlage 2 zu RS-Nr. 170/2008

**Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V**

**Konkretisierung der Diagnostik und Versorgung von Patienten mit
schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen in der
in der Anlage 3 Nr. 3 der Richtlinie**

Vom 19. Juni 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2008 beschlossen, die Anlage 3 Nr. 3 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zuletzt geändert am 17. Januar 2008, BAnz, S. 2161 wie folgt zu fassen:

I. Anlage 3 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen Teil Erwachsene
Konkretisierung der Erkrankung und des Behandlungsauftrags mittels Angabe von Diagnosen (mit ICD Kodifizierung) mit diagnostischen und therapeutischen Prozeduren	Konkretisierung der Erkrankung: Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen i.S.d. Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen: Entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen und das Sjögren Syndrom sowie nicht klassifizierte Arthritiden und Spondylitiden (ICD-10-GM: M05.-, M06.0, M06.1, M07.1-*, M07.2*, M07.3-*, M13.-, M35.0, M45.0-, M46.9-) mit klinisch bedeutsamen extraartikulären Manifestationen oder schweren systemischen Verläufen, die jeweils akut eine interdisziplinäre Diagnostik erfordern oder die z.B. mit hochwirksamen Immunsuppressiva bzw. zytotoxisch wirkenden Arzneimitteln oder mit Biologica behandelt werden und bei denen diese Therapie z.B. wegen hoher Toxizität oder therapiebedingter Komplikationen eine besondere Überwachung erfordert. Soweit eine drohende Organschädigung oder das Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik besteht: Vaskulitiden (ICD-10-GM: M30.0, M30.1, M30.8, M31.3, M31.4, M31.5, M31.6, M31.7, M35.2), Kollagenosen (ICD-10-GM: M31.8, M31.9, M32.-, M35.8, M35.9), Myositiden (ICD-10-GM: M33.1, M33.2, M36.0*), Systemische Sklerose und mixed connective tissue disease (ICD-10-GM: M34.-, M35.1, M35.4), D69.0 Purpura anaphylactoides, allergische Vaskulitis, Purpura Schoenlein-

Henoch, D89.1 Kryoglobulinämie, D68.8 Koagulopathie, M14.8* iVm D86.8 system. Sarkoidose,

Rheumatologische Erkrankungen mit Erstmanifestation im Kindesalter nach Erreichen des Erwachsenenalters (ICD-10-GM: D68.8, D69.0, H20.9, I00, I77.6, M01.2-*, M02.1-, M02.9-, M08.-, M09.-*, M30.2, M30.3, M33.0, M35.1)

Konkretisierung des Behandlungsauftrages:

Ambulante Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen,

Ziele:

Differentialdiagnostik, Eruiere von Schubauslösern, Infektionsausschluss

komplexe interdisziplinäre Therapieentscheidungen. Akute Behandlung, spezialisierte Verlaufskontrolle /-überwachung, Langzeittherapie, Behandlung von (Therapie-) Komplikationen, psychosoziale sowie rehabilitative Beratung und Information von Patientinnen und Patienten und Angehörigen

Zur Diagnostik und Therapie werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht. Sie sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung, z. T. existieren Qualitätsvereinbarungen:

Allgemein/ Fachgebietsbezogen:

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Beratung
- Laboruntersuchungen einschließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörperbestimmung, humorale und zelluläre Immunität)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Ultraschalluntersuchungen, Angiographie)
- Osteodensitometrie (bei den vom G-BA anerkannten Indikationen)
- Kapillarmikroskopie
- Biopsien, Punktionen und Untersuchung des Untersuchungsmaterials
- Kleine operative Eingriffe
- Therapieberatung (z. B. Arzneimittel, operative Versorgung, Heilmittel)
- Medikamentöse Therapie
- Strahlentherapie
- Schmerztherapie
- Physikalische Therapie, Ergotherapie, Hilfsmittelversorgung
- Patientenschulung
- Sexualberatung, Familienplanung und Schwangerschaftsbetreuung
- Prüfung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen

Zu kardiologischen Fragestellungen

- Echokardiographie
- Langzeit-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- Herzkatheteruntersuchung

	<ul style="list-style-type: none"> • Myokard-Szintigraphie <p>Zu neurologischen Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurophysiologische Untersuchungen, z.B.: EEG, EMG, ENG <p>Zu pulmonologischen Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulmonale Funktionsdiagnostik • BGA • Bronchoskopie/BAL • Rechtsherzkatheteruntersuchung • Sputumdiagnostik <p>Zu hämatologischen und hämostaseologischen Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knochenmarkpunktion • Transfusion von Blutkomponenten • Differenzierte Gerinnungsdiagnostik <p>Zu gastroenterologischen Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie des Gastrointestinaltraktes <p>Zu ophthalmologischen Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spaltlampenuntersuchung • Augenhintergrunduntersuchung • Augendruckbestimmung • Gesichtsfeldbestimmung • Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest <p>Zu HNO Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie der NNH • Riechtest • Audiometrie <p>Zu dermatologischen Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • UV-Lichtprovokation und UV Strahlentherapie <p>Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere (Spezial-) Untersuchungen und Therapiemaßnahmen notwendig werden.</p>
<p>Sächliche und personelle Anforderungen</p>	<p>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.</p> <p>Darüber hinaus gilt:</p> <p>Die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen erfolgt unter Koordination einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie.</p> <p>Mindestens zwei Fachärzte für Innere Medizin und</p>

Rheumatologie müssen der Einrichtung angehören.

Folgende Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen. Sie müssen der Einrichtung angehören oder zu festgelegten Zeiten in der Ambulanz der Klinik verfügbar sein.

- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie

Als weitere Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehen:

- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie / Onkologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Angiologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Eine Fachärztin oder Facharzt für Urologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Die hinzu zu ziehenden Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen können auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit externen Leistungserbringern, mit niedergelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzten oder anderen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern eingebunden werden.

Als weitere Leistungsbereiche müssen zur Verfügung stehen:

Vorbehaltlich der Prüfung durch die Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien im Bundesanzeiger Nr. 94 SGB V

- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
- Ernährungsberatung
- Sozialdienst

Ständig verfügbar sein müssen:

- Notfalllabor
- Bildgebenden Verfahren (CT, Röntgen, Sonographie)
- Intensivstation

Eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer telefonischen Rufbereitschaft analog der vertragsärztlichen Versorgung (ggf. auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder anderen Krankenhäusern) muss für die folgenden Fachrichtungen gewährleistet sein:

- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Die aufgeführten Facharztbezeichnungen wurden einheitlich der Musterweiterbildungsordnung (Stand September 2007) der Bundesärztekammer entnommen. Fachärztinnen oder Fachärzte der entsprechenden Fachdisziplinen mit älteren Bezeichnungen, die gemäß Übergangsbestimmungen weitergeführt werden dürfen, erfüllen die Anforderungen ebenfalls.

Die Mindestanzahl muss 240 behandelte Patientinnen und Patienten pro Jahr mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen pro Jahr umfassen.

Qualifikationsanforderungen an das Behandlungsteam:

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Behandlungsteams müssen über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen verfügen und regelmäßig an rheuma-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen.

	<p><u>Verpflichtung zur Dokumentation und Auswertung:</u></p> <p>Die Einrichtungen zur ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen nach 116b SGB V führen eine Dokumentation durch, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht</p> <p>Die Einrichtung nach § 116b SGB V soll einem möglichst großen Teil der Patientinnen und Patienten die Teilnahme an nationalen und internationalen klinischen Studien ermöglichen. Notwendig ist hierzu die Kenntnis der laufenden Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über eine Studienteilnahme.</p> <p>Eine kontinuierliche Zusammenarbeit und Vernetzung sollte mit allen an der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten beteiligten Einrichtungen und mit den Patientenorganisationen erfolgen.</p> <p><u>Leitlinienorientierten Behandlung:</u></p> <p>Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.</p> <p><u>Räumliche Ausstattung:</u></p> <p>Die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein.</p>
Überweisungserfordernis	Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt (im Ausnahmefall im stationären Bereich als Konsil /hausinterne Überweisung).

Nr. 3 der Anlage 3 zur Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen Teil Kinder und Jugendliche
Konkretisierung der Erkrankung und des Behandlungsauftrags mittels Angabe von Diagnosen (mit ICD Kodifizierung) mit diagnostischen und therapeutischen Prozeduren	Konkretisierung der Erkrankung: Rheumatologische Erkrankungen im Kindesalter (ICD-10-GM: H20.9, I00, I77.6, M01.2-*, M02.1-, M02.9-, M08.-, M09.-*, M30.2, M30.3, M33.0, M35.1), darüber hinaus folgende Rheumatologische Erkrankungen bei Auftreten im Kindes- und Jugendalter: (ICD-10-GM: D68.8, D69.0, M07.1-*, M07.2*, M07.3-*, M14.8* i. V. m. D86.8, M31.3, M31.4, M31.7, M32.-, M34.-, M35.2, M35.4, M35.8 und M35.9) Konkretisierung des Behandlungsauftrages:

	<p>Ambulante Diagnostik und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen</p> <p>Ziele: Differentialdiagnostik, Eruiern von Schubauslösern, Infektionsausschluss komplexe interdisziplinäre Therapieentscheidungen. Akut-Behandlung, spezialisierte Verlaufskontrolle /-überwachung, Langzeittherapie, Behandlung von (Therapie-) Komplikationen, psychosoziale sowie rehabilitative Beratung und Information von Patientinnen und Patienten und Angehörigen.</p> <p>Zur Diagnostik und Therapie werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht. Sie sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung, z. T. existieren Qualitätsvereinbarungen: Bezüglich der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren wird auf die Konkretisierung „Teil Erwachsene“ verwiesen, soweit diese Prozeduren bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.</p> <p>Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration • Bei Jugendlichen soll in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in ein erwachsenenorientiertes Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung unter Koordination eines Kinderrheumatologen erfolgen <p>Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere (Spezial-) Untersuchungen und Therapiemaßnahmen notwendig werden.</p>
<p>Sächliche und personelle Anforderungen</p>	<p>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.</p> <p>Darüber hinaus gilt: Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfolgt unter Koordination einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinderrheumatologie.</p> <p>Folgende Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen. Sie müssen der Einrichtung angehören oder zu festgelegten Zeiten in der Ambulanz der Klinik verfügbar sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie • Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie

Als weitere Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehen:

- Jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung Gastroenterologie, Nephrologie, Pneumologie, Kardiologie, Endokrinologie, Hämato- und Onkologie,
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde

Die hinzu zu ziehenden Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen können auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit externen Leistungserbringern, mit niedergelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzten oder anderen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern eingebunden werden.

Als weitere Leistungsbereiche müssen zur Verfügung stehen:

- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
- Ernährungsberatung
- Sozialdienst

Ständig verfügbar sein müssen:

- Notfalllabor
- Bildgebenden Verfahren
- Intensivstation

Eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer telefonischen Rufbereitschaft analog der vertragsärztlichen Versorgung (ggf. auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder anderen Krankenhäusern) muss für die folgenden Fachrichtungen gewährleistet sein:

Kinderrheumatologie, Augenheilkunde, Gastroenterologie

	<p>Die aufgeführten Facharztbezeichnungen wurden einheitlich der Musterweiterbildungsordnung (Stand September 2007) der Bundesärztekammer entnommen. Fachärztinnen oder Fachärzte der entsprechenden Fachdisziplinen mit älteren Bezeichnungen, die gemäß Übergangsbestimmungen weitergeführt werden dürfen, erfüllen die Anforderungen ebenfalls.</p> <p>Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.</p> <p>Die weiteren sächlichen und personellen Anforderungen des Teils Erwachsene gelten entsprechend.</p>
Überweisungs- erfordernis	Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Vertragsärztin oder 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.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 19.06.2008, § 94 SGB V

Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

**zur Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116 b SGB V“, in Anlage 3 Nr. 3 der Richtlinie:**

Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen

Gemäß § 116b Abs. 4 SGB V ergänzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen und regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses und ggf. ein Überweisungserfordernis.

In seiner Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V vom 18. Oktober 2005 hat der G-BA die Ergänzung der Kataloginhalte, die Konkretisierung, die Überprüfung und die Weiterentwicklung des Kataloges nach der Verfahrensordnung des G-BA geregelt.

Die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen ist bereits im Katalog seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverläufen in § 116 b Absatz 3 SGB V und in der Richtlinie des G-BA enthalten. Ziel des Beschlusses ist daher die Ergänzung der Anlage 3 der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V“ um die Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen. Hierfür wurden vom zuständigen Unterausschuss bzw. der durch ihn eingesetzten Arbeitsgruppe Experten gehört sowie eine orientierende Leitlinien- und Literatursichtung durchgeführt.

Schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen können auf unterschiedliche Weise definiert werden. Im Sinne des § 116 b SGB V werden die rheumatologischen Krankheitsbilder als schwere Verlaufsformen definiert, die über die Gelenkmanifestation hinaus weitere Organsysteme betreffen, deren medikamentöse Therapie hochtoxisch und häufig mit Komplikationen behaftet sind sowie insbesondere Vaskulitiden, Kollagenosen und Myositiden soweit Organschäden drohen oder das Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik besteht.

Rheumatologische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter werden wegen des Einflusses auf das Wachstum und die soziale Entwicklung dieser Patientengruppe überwiegend den schweren Verlaufsformen zugeordnet. Die Konkretisierung gliedert sich entsprechend in zwei Teile, einen für Erwachsene und einen weiteren für Kinder und Jugendliche.

Patientinnen und Patienten mit einer schweren Verlaufsformen rheumatologischer Krankheiten sind erheblich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt und haben eine ungünstige Prognose. Sie stellen besondere Herausforderungen an Diagnostik und Therapie und profitieren von einer spezialisierten Betreuung unter Koordination internistischer Rheumatologen bzw. von Kinderrheumatologen.

Die in Anlage 3 niedergelegte Konkretisierung der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren sowie der sächlichen und personellen Anforderungen basieren auf den Ergebnissen der Expertenanhörung. Sie fokussieren auf die qualitativ hochwertige spezialisierte Diagnostik und Therapie in einem interdisziplinären Behandlungsteam. Die genannten Leistungen sind Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, so dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit gemäß § 28 der Verfahrensordnung als hinreichend belegt gelten.

Um einen direkten Zugang und eine unverzügliche Therapieeinleitung sicherzustellen, ist die Überweisung durch jeden Vertragsarzt möglich.

Die Anzahl der Personen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankung beträgt in Deutschland auf Basis der Anhörung und der zitierten Literatur mit entsprechenden Prävalenzzahlen etwa 238.000 Personen. Etwa 20.000 Kinder und Jugendliche leiden in Deutschland an rheumatologischen Erkrankungen.

Gemäß § 6 Abs.1 Satz 4 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V hat der G-BA die Mindestbehandlungsanzahl entsprechend auf 240 pro Jahr festgelegt.

Für Kinder wurde gem. § 6 Abs 4 S. 2 der Richtlinie keine Mindestmenge festgelegt.

Der Bundesärztekammer wurde gemäß § 91 Abs. 8 a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der Unterausschuss hat die Stellungnahme in seiner Sitzung am 09.06.2008 eingehend beraten. Zu den Anregungen wurde unter den Beteiligten im G-BA mehrheitlich eine andere Einschätzung vertreten, so dass diese nicht in der Konkretisierung aufgegriffen wurden.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

**Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V:**

**Konkretisierung Diagnostik und Versorgung von Patienten mit
HIV/Aids in der Anlage 3 Nr. 2 der Richtlinie**

Vom 19. Juni 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2008 beschlossen, die Anlage 3 Nr. 2 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zuletzt geändert am 17. Januar 2008, BAnz S. 2161, wie folgt zu fassen:

I. Anlage 3 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS	
Konkretisierung der Erkrankung und des Behandlungsauftrages mittels Angabe von Diagnosen (mit ICD Kodifizierung) mit diagnostischen und therapeutischen Prozeduren	Konkretisierung der Erkrankung: - HIV-Krankheit (ICD 10 B 20 – B 24) Konkretisierung des Behandlungsauftrages: Ambulante Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV-Krankheit Ziele: Differenzialdiagnostik, Stadieneinteilung, Therapieentscheidungen, Akut- und Langzeittherapie, Verlaufskontrolle, Behandlung von Komplikationen und Therapienebenwirkungen, psychosoziale und rehabilitative Beratung. Zur Diagnostik und Therapie werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht. Sie sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung, z. T. existieren Qualitätsvereinbarungen: Allgemein/Fachgebietsbezogen <ul style="list-style-type: none">• Anamnese• Körperliche Untersuchung• Allgemeine und krankheitsspezifische Laboruntersuchungen einschließlich Diagnostik von Koinfektionen, wie z.B. von Hepatitis B und C, Lues, HPV bzw. opportunistischer Infektionen, wie z.B. CMV,• Ophthalmologische Untersuchungen• Elektrophysiologische Untersuchungen z.B. EKG, EMG• Endoskopische Untersuchungen: z.B. Bronchoskopie und Bronchiallavage, obere / untere

		<ul style="list-style-type: none"> • Intestinoskopie • Biopsien, Punktionen und Untersuchung von Sekreten oder Geweben • Bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen, (C)CT/MRT mit und ohne Kontrastmittel, Ultraschalluntersuchungen) • Stadieneinteilung nach CDC-Klassifikation • Therapieberatung • Therapie der HIV-Krankheit (ART, Hochaktive antiretrovirale Therapie HAART), der Komplikationen und Begleiterkrankungen • Arzneimittelspiegelbestimmung • Genotypische Resistenzbestimmung • Psychologische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung • Suchtberatung und Therapie • Sexualberatung und Familienplanung <p>Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere (Spezial-) Untersuchungen und Therapiemaßnahmen notwendig werden.</p>
Sächliche und personelle Anforderungen		<p>Hinsichtlich der fachlichen Befähigung, der Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung, den apparativen, organisatorischen, räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Dokumentations- und Meldepflicht, der Überprüfung der Hygienequalität gelten die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend.</p> <p>Darüber hinaus gilt:</p> <p>Die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit HIV-Infektionen soll interdisziplinär unter Koordination einer Fachärztin oder eines Facharztes mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder einer Fachärztin oder einem Facharzt mit dem Nachweis der Betreuung von mindestens 60 Patientinnen oder Patienten mit HIV-Krankheit über einen Zeitraum von 3 Jahren erfolgen.</p> <p>Folgende Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen. Sie müssen der Einrichtung angehören oder zu festgelegten Zeiten in der Ambulanz der Klinik verfügbar sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie • Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie • Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Mindestens einer der aufgeführten Ärztinnen oder Ärzte sollte über den Zusatz Suchtmedizinische Grundversorgung verfügen.

Weiter Fachdisziplinen

Als weitere Fachdisziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehen:

- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Hämatologie / Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Haut und Geschlechtskrankheiten
- Gynäkologie
- Psychiatrie
- Ärztliche oder psychologische Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Augenheilkunde

Die hinzu zu ziehenden Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen können auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit externen Leistungserbringern, mit niedergelassenen Vertragsärztinnen/ Vertragsärzten oder anderen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern eingebunden werden.

Sofern auch Kinder behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachabteilung und oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin einzubeziehen, bei der/dem auch die Koordination der Versorgung der Kinder obliegen sollte.

Ständig verfügbar sein müssen:

- Notfalllabor
- Schnelltest und Beratung zu Postexpositionsprophylaxe
- Bildgebenden Verfahren (CT, Röntgen, Sonographie)
- Intensivstation

Eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft (ggf. auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder anderen Krankenhäusern) muss für die folgenden Fachrichtungen gewährleistet sein:

- Innere Medizin

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG

		<ul style="list-style-type: none"> • Neurologie • Radiologie <p>Die mit der ambulanten Betreuung der Patientinnen und Patienten nach § 116b SGB V beauftragten Pflegekräfte sollen mehrheitlich mindestens eine zweijährige Erfahrung in der Infektiologie besitzen.</p> <p>Für die Patientinnen- und Patientenbetreuung in der Einrichtung nach § 116 b SGB V soll darüber hinaus ein Sozialdienst verfügbar sein.</p> <p>Eine kontinuierliche Kooperation soll bestehen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulanten Pflegediensten (vorzugsweise mit entsprechender Erfahrung) zur häuslichen Krankenpflege, ▪ Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativmedizin und Hospize (vorzugsweise mit entsprechender Erfahrung) ▪ Patientinnen- und Patientenselbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen ▪ Beratungsstellen für Suchterkrankungen ▪ Beratungsstellen für sexuell übertragbare Erkrankungen <p>Die Einrichtung zur ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV-Erkrankung nach § 116b verpflichtet sich, sich an bestehenden HIV-spezifischen Qualitätszirkeln regelmäßig zu beteiligen und Fallkonferenzen zum Erfahrungsaustausch und zur Fortbildung der im interdisziplinären Team kontinuierlich kooperierenden Ärzte zu organisieren und regelmäßig durchzuführen.</p> <p>Die Mindestanzahl muss 60 Patientinnen und Patienten mit HIV-Infektionen oder AIDS pro Jahr umfassen.</p> <p><u>Qualifikationsanforderungen an das Behandlungsteam:</u></p> <p>Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Behandlungsteams müssen regelmäßig an HIV/AIDS-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen.</p> <p><u>Verpflichtung zur Dokumentation und Auswertung:</u></p> <p>Die Einrichtungen zur ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV-Erkrankungen nach 116b SGB V führen eine Dokumentation durch, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung</p>
--	--	---

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG für die Zulassung im Gesundheitswesen - SGB V

		<p>der Behandlung ermöglicht</p> <p><u>Verpflichtung zur leitlinienorientierten Behandlung:</u> Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.</p> <p>Die Einrichtung nach § 116b SGB V soll einem möglichst großen Teil der Patientinnen und Patienten die Teilnahme an nationalen und internationalen klinischen Studien ermöglichen. Notwendig ist hierzu die Kenntnis der laufenden Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über eine Studienteilnahme.</p> <p><u>Räumliche Ausstattung:</u> Die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein und den Hygiene- und Infektionsschutzempfehlungen des RKI entsprechen.</p>
	Überweisungserfordernis	Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Vertragsärztin oder 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.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

zur Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V“, Anlage 3 Nr. 2:

Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS

Gemäß § 116b Abs. 4 SGB V ergänzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen und regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses und ggf. ein Überweisungserfordernis.

In seiner Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V vom 18. Oktober 2005 hat der G-BA die Ergänzung der Kataloginhalte, die Konkretisierung, die Überprüfung und die Weiterentwicklung des Kataloges nach der Verfahrensordnung des G-BA geregelt.

Die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS ist bereits im Katalog seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverläufen in § 116 b Absatz 3 SGB V und in der Richtlinie des G-BA enthalten. Ziel des Beschlusses ist daher die Ergänzung der Anlage 3 der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V“ um die Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen. Hierfür wurden vom zuständigen Unterausschuss bzw. der durch ihn eingesetzten Arbeitsgruppe Experten gehört sowie eine orientierende Leitlinien- und Literatursichtung durchgeführt.

Das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) wird im Wesentlichen sexuell sowie über Blut (z. B. beim intravenösen Drogengebrauch) übertragen. Die Infektion mit HIV führt zu einer Immunschwäche, in deren Folge es ohne medikamentöse Therapie in der Regel zum Krankheitsbild AIDS mit opportunistischen Infektionen verschiedener Organsysteme und zur Entwicklung von Tumoren und Lymphomen kommt. Die medikamentöse Therapie mit der Kombination verschiedener antiretroviraler Stoffklassen (sog. **hochaktive antiretrovirale Therapie / HAART**) hat die Lebenserwartung und Lebensqualität von Menschen mit HIV deutlich verbessert. Wird die Infektion rechtzeitig diagnostiziert und behandelt, kann i.d.R. die Entwicklung zum Stadium AIDS verhindert werden. AIDS-definierende Erkrankungen treten hauptsächlich noch auf, weil die Infektion zu spät erkannt wird.

Koinfektionen, z. B. mit Hepatitis B oder Hepatitis C, sind häufig und erschweren das therapeutische Management. Andere Koerkrankungen, wie z.,B. Depressionen und Suchterkrankungen, stellen bezüglich der Therapietreue hohe Anforderungen an behandelnde Ärzte und Patienten.

Die antiretrovirale Therapie verursacht substanzspezifische unerwünschte Wirkungen, wie z. B. Nervenstörungen, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Störungen des Blutbildes und Stoffwechselstörungen. Eine Folge der antiretroviralen Therapie – und auch der HIV-Krankheit- ist das Lipodystrophie-Syndrom, unter dem eine Insulinresistenz, der Anstieg der Blutfette und der Umbau des Fettgewebes zusammengefasst wird.

Sowohl die Komplexität der Erkrankung als auch die differenzierte Therapie von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS erfordern eine spezialisierte, interdisziplinäre Betreuung Die in Anlage 3 niedergelegte Konkretisierung der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren sowie der sächlichen und personellen Anforderungen basieren auf den Ergebnissen der Expertenanhörung. Sie fokussieren auf die qualitativ hochwertige spezialisierte Diagnostik und Therapie in einem interdisziplinären Behandlungsteam. Die genannten Leistungen sind Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, so dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit gemäß § 28 der Verfahrensordnung als hinreichend belegt gelten.

Die Anzahl der HIV-infizierten Personen in Deutschland wurde Ende 2007 vom Robert-Koch-Institut auf 59.000 geschätzt.

Die Mindestmenge wurde gem § 6 Abs. 1 S 4 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenaus nach § 116b SGBV auf 60 festgelegt. Die Mehrheit der Experten hat sich ebenfalls für diese Mindestmenge ausgesprochen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte keine Anhaltspunkte, hiervon abzuweichen.

Die Stellungnahme der BÄK hat vorgelegen.

Aufgenommen wurden Anregungen zu der Auflistung allgemeiner/fachgebietsbezogener Leistungen zur fachärztlichen Qualifikation.

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

**Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus
nach § 116b SGB V:**

**Konkretisierung Onkologische Erkrankungen
(Tumorgruppe 7 Auge)**

Vom 19. Juni 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2008 beschlossen, die Anlage 3 Nr. 1 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zuletzt geändert am 17. Januar 2008, BAnz, S. 2161 wie folgt zu fassen:

- I. In Anlage 3 Nr. 1 wird im speziellen Teil unter Nr. 7 „Patientinnen und Patienten mit Augentumoren“ folgende Konkretisierung der Tumorgruppe 7 eingefügt:

1. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen	<p>Konkretisierung der speziellen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren und sächliche und personelle Anforderungen für Krankheitsgruppen onkologischer Erkrankungen</p>	<p><u>Spezieller Teil:</u></p> <p>7. Patientinnen und Patienten mit Augentumoren</p> <p>Zur Diagnostik und Versorgung werden bei Patientinnen und Patienten dieser Tumorgruppe ergänzend die folgenden Leistungen erbracht. Sie sind Teil der vertragsärztlichen Versorgung, z. T. existieren Qualitätsvereinbarungen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ophthalmoskopie▪ Binokulare Untersuchung des (gesamten) Augenhintergrundes in Mydriasis▪ Schirmertest,▪ Augeninnendruckmessung,▪ Sehtests (Visusprüfung u.a.)▪ Gonioskopie▪ Spaltlampenmikroskopie▪ Perimetrie▪ Auswahl, Anpassung Prüfung von Kontaktlinsen▪ Maßnahmen zur Versorgung mit Sehhilfen und Prothesen▪ Ultraschalluntersuchungen des Auges▪ Fluoreszenzangiographie des Auges▪ Laserkoagulation
---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kryokoagulation der Netzhaut ▪ Genetische Beratung <p>Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere Maßnahmen notwendig werden.</p> <p>Entsprechend den Anforderungen im allgemeinen Teil muss die Einrichtung nach § 116b SGB V für diese Krankheitsgruppe folgende personelle Anforderungen erfüllen</p> <p>In Ergänzung zu den im allgemeinen Teil genannten Fachgruppen ist in dieser Krankheitsgruppe eine weitere Fachdisziplin zum Team hinzuzuziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde <p>Neben den im allgemeinen Teil genannten Fachärztinnen und Fachärzten kommen in dieser Krankheitsgruppe weitere Fachrichtungen für die Leitung und Koordinati-on des interdisziplinären Teams in Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde <p>Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden.</p> <p>Gemäß der Regelung im allgemeinen Teil muss eine Rufbereitschaft für folgende Fachgruppen bestehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde <p>Die Anforderungen an die Zusatzqualifikation der Pflegekräfte gelten in Abweichung vom Allgemeinen Teil nicht.</p> <p>Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Fachärztin oder Facharzt für Augenheilkunde.</p>
--	--	---

II. In Anlage 3 Nr. 1 werden im allgemeinen Teil unter „Konkretisierung des Behandlungsauftrages 7. Tumore des Auges“ in der Klammer nach dem ICD-

Code „C44.1“ der ICD Code C 49.0 und nachdem ICD-Code „C69.-“ der ICD Code C72.3 eingefügt.

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

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V