

(3) Das Nähere zum Verfahren der Rechnungslegung und zur Feststellung der sich entsprechend der Anzahl der im Quartal je Praxis erbrachten Behandlungsfälle nach § 1 ergebenden quotierten Vergütung je Kostenpauschale vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam.

Die Vergütung der Kostenpauschalen nach Abs. 1 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Soweit die Erstattung des besonderen Aufwandes gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung vor dem 1. Juli 2009 teilweise oder ganz aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgte, treffen die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam eine Regelung zur entsprechenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. □

Mitteilungen

Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung

zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Die ärztliche Betreuung und Behandlung von HIV-infizierten beziehungsweise an Aids erkrankten Patienten (HIV-/Aids-Patienten) hat nicht zuletzt durch die in den letzten Jahren rasant weiterentwickelte medikamentöse Therapie erhebliche Fortschritte gemacht. Die aufgrund der antiretroviralen Therapieoptionen erzielte Verlängerung der Lebenserwartung der HIV-/Aids-Patienten führte in den Praxen zu einer Erweiterung des Therapiepektrums, auch aufgrund von altersbedingten Begleiterkrankungen. Doch sind die spezifischen Nebenwirkungen dieser Kombinationstherapien nicht unerheblich, sodass engmaschige Kontrollen und häufig individuelle Anpassungen der Zusammenstellung der Kombinationen notwendig werden. Die Betreuung und Behandlung von HIV-/Aids-Patienten erfordert somit von den verantwortlichen Ärzten ein hohes Maß an Engagement hinsichtlich einer individuellen aktivierenden Patientenführung, aber auch hinsichtlich der Aneignung ständig weiterentwickelter Therapieoptionen in den verschiedenen Stadien des Krankheitsbildes HIV/Aids.

Um diesen besonderen Anforderungen Rechnung zu tragen und um die spezialisierte Versorgung von HIV-/Aids-Patienten weiter zu fördern sowie künftig eine flächendeckende Versorgung nach einheitlichen Qualitätsstandards gewährleisten zu können, haben sich die Partner der Bundesmantelverträge auf die Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung

(„Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids“) nach § 135 Abs. 2 SGB V geeinigt. Diese Vereinbarung definiert Qualitätssicherungsmaßnahmen von Leistungen zur Betreuung von HIV-infizierten bzw. an Aids erkrankten Patienten durch sogenannte „behandlungsführende Ärzte“. Sie tritt – unter dem Vorbehalt der Partner der Bundesmantelverträge, von der jedoch ausgegangen werden kann – zum 1. Juli 2009, zeitgleich mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 des neuen Kapitels 30.10 „Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten“ in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), in Kraft.

Kernpunkte der Qualitätssicherungsvereinbarung sind: Fachliche Befähigung des behandelnden Arztes

Als Voraussetzungen zum Erhalt der Genehmigung nach dieser Vereinbarung gelten die Zugehörigkeit des Arztes zum hausärztlichen Versorgungsbereich oder die Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin oder der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin. Des Weiteren ist eine praktische Erfahrung in der Betreuung von HIV-infizierten bzw. an Aids erkrankten Patienten durch entsprechende vorherige Tätigkeiten in Schwerpunktpraxen oder stationären Einrichtungen und durch Betreuungszahlen sowie theoretische Kenntnisse nachzuweisen. Ferner wird ein regelmäßiger Besuch von Fortbildungen zu aktuellen Themen im Zusammenhang mit HIV/Aids gefordert, um den als notwendig erachteten hohen Wissenstransfer zu gewährleisten. Als weitere Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gilt eine jährliche Mindestzahl betreuter HIV-/Aids-Patienten.

Einheitlicher Dokumentationsstandard

In der Vereinbarung sind Dokumentationsstandards vorgegeben. Grundlage hierfür waren in einigen Regionen bereits eingesetzte und mit dem Robert Koch-Institut abgestimmte Dokumentationsinstrumente. Aus der quartalsweise zu erstellenden ärztlichen Dokumentation müssen u. a. die aktuellen Laborparameter, HIV-assoziierte bzw. Aids-definierende Erkrankungen, Koinfektionen, veranlasste oder selbst durchgeführte Prophylaxe- und Screeningmaßnahmen sowie die gegebenenfalls verordneten antiretroviralen Kombinationstherapien hervorgehen. Aus diesen Informationen lässt sich im Rahmen von vorgesehenen Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen beurteilen, ob im Einzelfall eine leitliniengerechte Behandlung stattgefunden hat.

Förderung statt Sanktionierung

Die Vereinbarung zielt auf die Förderung von Arztpraxen ab, die schwerpunktmäßig HIV-/Aids-Patienten versorgen. Daher folgen die vorgesehenen Konsequenzen einem kontinuierlichen Fortbildungsprinzip. Aufgrund einer Stichprobenprüfung auffällige Ärzte haben zunächst die Möglichkeit, Stellung zu nehmen; sofern die Bedenken nicht ausgeräumt werden können, folgt ein kollegiales Fachgespräch, in dem gegebenenfalls individuelle Ziele vereinbart werden können. Ein Genehmigungswiderruf ist nur dann vorgegeben, wenn eine Teilnahme an den genannten Qualifizierungsmaßnahmen abgelehnt wird.

Kontinuierlicher Übergang von den regionalen Strukturverträgen

Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu regionalen Strukturverträgen wurde die fachliche Befähigung durch die Kas-

senärztlichen Vereinigungen bereits geprüft. Die vorgesehenen Übergangsregelungen vereinfachen den Übergang von regionalen Strukturverträgen auf diese Vereinbarung durch Erleichterungen im Nachweisverfahren zur fachlichen Qualifikation. □

Bekanntmachungen

Vereinbarung

von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

Abschnitt A Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Ziel und Inhalt

- (1) Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität der spezialisierten Versorgung von Patienten¹ mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung gesichert werden soll. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft² entsprechenden leitliniengerechten Steuerung und Durchführung der Behandlung und Betreuung HIV-infizierter und an Aids erkrankter Patienten in allen Krankheitsstadien durch den behandlungsführenden Arzt.
- (2) Die Vereinbarung regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung folgender Patientengruppen in der vertragsärztlichen Versorgung:
 1. HIV-infizierte Patienten ohne antiretrovirale Therapie,
 2. HIV-infizierte Patienten mit antiretroviraler Therapie,
 3. HIV-infizierte Patienten mit HIV-assoziierten Erkrankungen, Aids-definierenden Erkrankungen oder behandlungsbedürftigen Koinfektionen (beispielsweise Hepatitis B, C oder Tuberkulose), gegebenenfalls mit antiretroviraler Therapie.
 (Leistungen nach den Nummern 30920, 30922 und 30924 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)).

§ 2 Genehmigung

- (1) Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung nach dieser Vereinbarung im Rahmen der ver-

tragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden Voraussetzungen nach den §§ 3 und 6 im Einzelnen erfüllt.

- (2) Die Erfüllung der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt E in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung für Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie mit den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.
- (3) Die Genehmigung ist mit der Auflage zu erteilen, dass die in § 10 genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

Abschnitt B Genehmigungsvoraussetzungen

§ 3 Fachliche Befähigung des behandlungsführenden Arztes

- (1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung durch den behandlungsführenden Arzt nach § 1 gilt als nachgewiesen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 11 nachgewiesen werden:
 1. Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere und Allgemeinmedizin“, „Allgemeinmedizin“, „Innere Medizin“, der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ oder Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ oder „Arzt“ (ohne Gebietsbezeichnung),
 2. mindestens halbjährige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten, welche den Anforderungen nach Absatz 2 entspricht,
 3. selbstständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst,
 4. theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung. Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.
- (2) Eine ambulante Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten nach Absatz 1 Nr. 2 muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der über eine Genehmigung nach § 2 Abs. 1 verfügt. Eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten nach Absatz 1 Nr. 2 muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in den Gebieten „Innere und Allgemeinmedizin“ oder „Kinder- und Jugendmedizin“ berechtigt ist. In der stationären Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden. ▷

¹ Die nachstehenden Personen- und Berufsbezeichnungen werden einheitlich sowohl für die weibliche als auch für die männliche Form verwendet.

² Dies bezieht sich auf die anerkannten relevanten medizinischen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.