



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 8a SGB V

zur Änderung der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem.
§ 116b SGB V“ – Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS

Berlin, 30.04.2008

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer ist mit Schreiben vom 02.04.2008 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgefordert worden, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 8a SGB V zu einer Beschlussfassung der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V“ abzugeben. Ziel des Beschlusses ist die Ergänzung der Anlage 3 der Richtlinie um die Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen für die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS. Das Thema „Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS“ ist bereits seit 2004 im Katalog seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in § 116b Abs. 3 SGB V enthalten.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Mit § 116b SGB V wurden die Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus erweitert. Seit Inkrafttreten des GKV-WSG ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V genannten Leistungen berechtigt, „wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist“ (§ 116b Abs. 2 SGB V).

Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich zu befürworten, dass der G-BA in Richtlinien über „zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung“ (§ 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V) die Bestimmung des Krankenhauses bzw. die Beurteilung der Eignung des Krankenhauses für die ambulante Behandlung flankieren soll. Vom Gesetzgeber nicht intendiert sein dürfte dabei eine pauschale Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und damit die Schaffung von Parallelstrukturen zur bestehenden vertragsärztlichen Versorgung. Dies wäre auch nicht im Interesse der Versicherten, da hierdurch die Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft erhöht, Schnittstellenprobleme verschärft und eine Optimierung des Ressourceneinsatzes behindert werden würden.

Die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS im Rahmen einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach § 116b SGB V kann als Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots aufgefasst werden. Der Nutzen wird stark von den konkreten Strukturen auf regionaler Ebene abhängen. Bekanntermaßen ist es in Deutschland schon bald nach dem Erkennen der epidemischen HIV-Ausbreitung gelungen, ein effektives und arbeitsteiliges Netzwerk für die Versorgung dieser Patienten zu etablieren. Dabei stellen sich die vertraglichen Regelungen sowohl im vertragsärztlichen als auch im stationären Bereich durch unterschiedliche Verträge mit den Krankenkassen eher heterogen dar. Ein bundesweiter Mantelvertrag existiert lediglich als bereits Ende 2005 seitens der KBV, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (DAGNÄ) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) vorgelegter Entwurf.

Im Einzelnen ist zu der vorgelegten Konkretisierung der Richtlinien n. § 116b bzgl. der Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS folgendes anzumerken:

Zu „Konkretisierung der Erkrankung und des Behandlungsauftrages mittels Angabe von Diagnosen“:

- Die von der KBV vorgeschlagene Präzisierung der ICD-basierten Eingrenzung der Patienten auf Fälle mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen „G“) erscheint sinnvoll, da es bei der Versorgung im Rahmen des § 116b um eine gezielte Ergänzung der bestehenden Versorgung gehen soll, was eine erfolgte Diagnosestellung voraussetzt.
- Bei der Auflistung allgemeiner/fachgebietsbezogener Leistungen sollten folgende Ergänzungen (unterstrichen) vorgenommen werden:
 - Anamnese inkl. eingehender Anamnese zu Sexualverhalten, Medikamenten und Substanzgebrauch, Allergien und Unverträglichkeiten
 - Körperliche Untersuchung inkl. Lymphknotenstatus, neurologischem Status sowie Auflichtmikroskopisch-gestützter Inspektion der Haut und der sichtbaren Schleimhäute
 - Venerologische Untersuchung inkl. HR-Anoskopie/-Kolposkopie mit Gewinnung von STD-Abstrichen, Dunkelfelddiagnostik und Tumordiagnostik
 - Ophthalmologische Untersuchung inkl. Retinoskopie
 - Allgemeine und krankheitsspezifische Laboruntersuchungen einschließlich Diagnostik von Koinfektionen, wie z. B. von Hepatitis C und HPV, bzw. opportunistischer Infektionen, wie z. B. CMV
 - Impfberatung und Reisemedizinische Beratung

Zu „Sächliche und personelle Anforderungen“

- Die Qualifikation der ärztlichen Leitung des interdisziplinären Behandlungsteams wird im Beschlussentwurf wie folgt definiert:

„Die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit HIV-Infektionen soll in einem interdisziplinären Team unter der Leitung und Koordination einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Infektiologie oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin mit dem Nachweis der Betreuung von mindestens 60 Patientinnen und Patienten mit HIV-Krankheit über einen Zeitraum von 3 Jahren erfolgen“.

Diese Formulierung reklamiert ein Primat der Leitung und Koordination prinzipiell durch einen internistischen Facharzt, präferentiell mit der Zusatzbezeichnung "Infektiologie", was inhaltlich nicht gerechtfertigt ist. Die Versorgungsrealität in Deutschland zeigt, dass zahlreiche HIV-Schwerpunktambulanzen wissenschaftlich und klinisch höchst erfolgreich durch HIV-infektiologisch erfahrene Ärztinnen und Ärzte anderer Fachdisziplinen geleitet werden. Namentlich sind dies Dermato-Venerologen, Pädiater und z. T. auch Gynäkologen und Neurologen. Ein essentielles Qualifizierungsmerkmal ist vielmehr eine mehr als 3-jährige Erfahrung in der Leitung und Koordination der interdisziplinären Betreuung von Patienten, die an für HIV-Infektionen typischen venerologischen Co-Infektionen und ihren unmittelbaren und mittelbaren Folgen leiden. Die Bundesärztekammer schlägt daher folgende Änderung vor:

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit HIV-Infektionen soll in einem interdisziplinären Team unter der Leitung und Koordination einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin oder einer Fachärztin / eines Facharztes für Haut und Geschlechtskrankheiten oder einer Fachärztin / eines Facharztes für Gynäkologie oder einer Fachärztin / eines Facharztes für Pädiatrie mit einer mindestens 3-jährigen Erfahrung in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit HIV-Krankheit erfolgen.

- Der Satz

„Mindestens einer der aufgeführten Ärztinnen oder Ärzte sollte über den Zusatz Suchtmedizinische Grundversorgung verfügen“,

sollte, wie von der DKG vorgeschlagen, unter „weitere Fachdisziplinen“ verschoben werden.

- Der Satz

„Für die Patientinnen und Patientenbetreuung in der Einrichtung nach § 116b SGB V sollen darüber hinaus folgende nichtärztliche Berufsgruppen verfügbar sein und bei Bedarf frühzeitig mit einbezogen werden: Sozialdienst“

verkennt, dass die Bezeichnung „Sozialdienst“ keine Berufsgruppe definiert.

- KBV und Patientenvertreter wünschen für die Einrichtung zusätzlich die verpflichtende Einführung HIV-spezifischer Qualitätszirkel und Fallkonferenzen. In dem Glossar der GMDS-Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Medizin“ [1] werden „Qualitätszirkel“ wie folgt definiert:

„Ein Qualitätszirkel ist eine kleine institutionalisierte Gruppe von 5 – 12 Mitarbeitern, die regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme freiwillig und selbstständig zu bearbeiten“. Diese Definition entspricht den einrichtungsinternen Qualitätszirkeln in Organisationen des Gesundheitswesens, die sich im Allgemeinen berufsgruppen- oder abteilungsübergreifend zusammensetzen. Traditionell hat die Qualitätszirkelarbeit besonders im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung eine andere Akzentuierung („peer review group“) und einen anderen Stellenwert, wie er sich in der folgenden Definition ausdrückt: „Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.“

Beide Definitionen betonen die Freiwilligkeit an der Maßnahme. Der Vorschlag von KBV und Patientenvertretern ignoriert dies, obwohl die Bedeutung der Freiwilligkeit seit vielen Jahren im Qualitätsmanagement als essentielles Element anerkannt ist. Der weiteren wird ausgeblendet, dass Qualitätszirkel vor allem als Element der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt worden sind. Ausgehend von der (klassischen) Situation des niedergelassenen Arztes in der einzelnen Praxis besteht hier der verstärkte Bedarf eines interkollegialen Erfahrungsaustauschs, der in Krankenhäusern aufgrund der dort ohnehin interkollegialen Arbeitsweise durch Fallkonferenzen und tägliche Visiten wesentlich einfacher zu realisieren ist. Die Bundesärztekammer empfiehlt, die Forderung nach verpflichtenden Qualitätszirkeln zu streichen.

- KBV und Patientenvertreter wünschen außerdem die verpflichtende Einführung eines sog. Recall-Systems für die Patienten. Angesichts des zusätzlichen Verwaltungsaufwands sowie diverser rechtlicher Voraussetzungen, die zu beachten sind (z. B. Datenschutz und Recht auf freie Arztwahl), sollte eine solche Forderung mit einem Nutzenbeleg abgesichert werden. Ein solcher Beleg oder ein Hinweis darauf ist nicht vorgelegt worden, insofern kann auch diese Forderung an dieser Stelle nicht unterstützt werden.
- Die Festlegung einer Mindestmenge von 60 Patienten pro Jahr unter Berufung auf § 6 Abs. 1 (neu) der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus n. § 116b (noch nicht in Kraft, Stand 30.04.2008) ist abzulehnen. Die Festlegung resultiert aus der Formel, wonach sich die Mindestmenge aus 0,1 % der bundesweit prävalenten Fälle ergibt, wobei von einem Schätzwert von 59.000 HIV-infizierten Personen in Deutschland Ende 2007 ausgegangen wird.

Die Bundesärztekammer hatte sich bereits in ihrer Stellungnahme vom 16.08.2007 ausführlich zur Festlegung von Mindestmengen im Zusammenhang mit Leistungen nach § 116b SGB V durch den G-BA geäußert. Auf eine Wiederholung der Argumente der Bundesärztekammer kann daher hier verzichtet werden. Es sei lediglich darauf hingewiesen, dass sich der damals geäußerte Kritikpunkt der unsicheren Zahlenbasis bei Ableitungen aus vermeintlich eindeutigen Prävalenzen auch für HIV-Infektionen bestätigt. So vermeldet der Halbjahresbericht I/2007 des RKI, dass es bezüglich der Vollständigkeit der Meldung von AIDS-Fällen „erhebliche regionale Unterschiede“ gäbe und dass gar „für alle südlichen Bundesländer“ eine „erhebliche Untererfassung“ angenommen werden müsse [2].

- In den „Qualifikationsanforderungen an das Behandlungsteam“ wird festgelegt, dass dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „regelmäßig an HIV/AIDS-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen müssen“. Die Bundesärztekammer hält diese Formulierung für zweckmäßig; die weitergehende Forderung nach „jährlich 15 Fortbildungspunkten“ ist hingegen allein schon wegen des zusätzlichen Aufwandes für den Nachweis der Punkte abzulehnen.
- In dem Abschnitt „Verpflichtung zur Dokumentation und Auswertung“ betrachtet die Bundesärztekammer die Formulierung

„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 der Behandlung ermöglicht.“

als ausreichend und vor allem als konsistent mit der Mehrzahl der übrigen, bisher verabschiedeten Konkretisierungen für §-116-b-Leistungen. Die Verpflichtung zu einem einrichtungsübergreifenden Qualitätsvergleich über regelmäßig auszuwertende Qualitätsindikatoren kann hingegen nicht aus § 116 b SGB V abgeleitet werden. Der offenbar am Vorbild der externen vergleichenden Qualitätssicherung des BQS-Verfahrens orientierte Vorschlag von KBV und Patientenvertretern unterschätzt darüber hinaus auch die technischen Voraussetzungen, die notwendig wären, um einen validen Vergleich vor Einrichtungen zu ermöglichen. Weder ist erkennbar, nach welchen Kriterien die vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren ausgewählt worden sind, noch ist offenbar eine Abwägung bezüglich der Qualität der Indikatoren selber erfolgt. Neben der zumindest nicht dokumentierten Rationale für die Indikatoren finden sich auch keine Aussagen zu Bedarf oder Vorkerbung einer Risikoadjustierung, ohne die ein Vergleich von Einrichtungen bezüglich vermeintlicher medizinischer Behandlungsqualität geradezu fahrlässig ist. Ebenfalls unklar ist die

Infrastruktur für die der notwendigen Datenflüsse und die Zuständigkeiten für deren Sammlung und Auswertung. Auch der in der Begründung angeführte Verweis auf den „Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ [3] vermag hierzu nicht zur Klärung beizutragen; der Begriff des „Qualitätsindikators“ kommt in dieser gemeinsamen Publikation dreier Bundesministerien gar nicht vor.

- Mit dem Hinweis von KBV und Patientenvertretern,

„unabhängig von der bestehenden Labormeldepflicht sind die Patientinnen/Patienten von der Einrichtung zur ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV-Erkrankungen n. § 116b an das freiwillige AIDS-Fallregister beim RKI zu melden“,

ist vermutlich § 7 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern) gemeint. Danach müssen seit 2001 HIV-Diagnosen anonymisiert, aber mit einer fallbezogenen Verschlüsselung durch das diagnostizierende Labor direkt an das RKI gemeldet werden. Der einsendende Arzt ist zur Ergänzung der Labormeldung um demographische, klinische und anamnestische Angaben auf einer Durchschrift des Labormeldebogens verpflichtet.

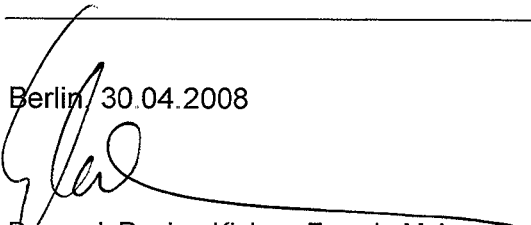
Hierbei sei auf den zumindest semantischen Widerspruch hingewiesen, wonach eine Meldung an das freiwillige Register zur Pflicht erklärt werden soll. Inwieweit inhaltlich eine solche Pflicht parallel zur bereits über das IfSG bestehenden, verbindlichen Regelung (s. o.) sinnvoll ist, muss ebenfalls hinterfragt werden. Laut Einschätzung des RKI spiegelt mit der Einführung hochwirksamer antiretroviraler Kombinationstherapien die AIDS-Fallstatistik des Registers nicht mehr den natürlichen Verlauf der HIV-Infektion wider, so dass den Meldungen nach IfSG mehr Gewicht zuzumessen sei [4].

- Die Hinweise unter „Räumliche Ausstattung“ sind, da durch anderweitig bestehende Gesetze und Verordnungen verbindlich geregelt (Berufsgenossenschaftliche Regeln, Medizinproduktegesetz, amtliche Bauvorschriften etc.), überflüssig und damit zu streichen.

Fazit

Die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS im Rahmen einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach § 116b SGB V kann eine sinnvolle Ergänzung des Versorgungsangebots bedeuten. Dieses Versorgungsangebot ist in Deutschland durch ein seit Jahren bestehendes und dabei erfolgreiches Konzept der Vernetzung von spezialisierten Schwerpunktpraxen, behandelnden Haus- und Fachärzten sowie Pflegediensten und stationären Einrichtungen gekennzeichnet. Wenn über § 116b SGB V nunmehr die Möglichkeit geschaffen ist, dieses Netzwerk um ein weiteres Element zu erweitern, so sollte dies konstruktiv im Sinne der Patienten geschehen. In dem vorgelegten Konkretisierungsentwurf ist der Ansatz einer solchen Integration eher unterentwickelt. Im Vordergrund stehen eher künstliche Regulierungen, die mit wenig bis gar keiner Evidenz hinterlegt werden und ärztliche Kräfte durch eine Vermehrung von Bürokratie eher binden als fördern werden. Nicht nur die Festlegung einer Mindestmenge zur Behandlung von HIV-Patienten muss als Pseudo-Qualitätssicherung hinterfragt werden. Die Bundesärztekammer erkennt in dem vorgelegten Beschlussentwurf daher wenig Potential zu einer Verbesserung der Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS.

Berlin, 30.04.2008



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.
Leiterin Dezernate 3 u. 4

Literatur:

1. B. Sens, B. Fischer, A. Bastek, J. Eckardt, D. Kaczmarek, U. Paschen, B. Pietsch, S. Rath, T. Ruprecht, C. Thomeczek, C. Veit, P. Wenzlaff: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, 3. Auflage, GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2007,3(1):Doc05
2. Robert Koch-Institut (Hrsg): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten, Halbjahresbericht I/2007. Epi Bull, Sonderausgabe B/2007
3. Bundesministerien für Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.): Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, 2007
4. Robert Koch-Institut (Hrsg): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: HIV und AIDS, Heft 31, Berlin 2006