

Das Team muss von einem Pädiater oder Pneumologen geleitet werden.

Im interdisziplinären Team hat ein Pädiater oder Pneumologe ständig verfügbar zu sein.

Weiter gehören zum Team folgende auf Mukoviszidose spezialisierte Fachkräfte:

Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes, Physiotherapeut, Diätassistent/Ernährungsberater, spezialisierter Pflegedienst.

Zusätzlich sind folgende Abteilungen im selben Krankenhaus mit einzubinden: Innere Medizin/Gastroenterologie, Labormedizin mit spezieller Erfahrung in der mukoviszidose-typischen Mikrobiologie, Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, Humangenetik, HNO und Radiologie. Diese zusätzlichen Fachdisziplinen können alternativ durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärzten oder anderen Krankenhäusern eingebunden werden.

Das Krankenhaus muss mindestens pro Jahr 50 Patienten (entweder 50 Kinder oder 50 Erwachsene) kontinuierlich behandeln.

Eine räumliche Trennung von Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen muss gewährleistet werden.

Die Leitung muss eine Therapieerfahrung von 100 Patient Jahren (Produkt aus Zahl der selbst betreuten Patienten und der Dauer der Betreuung in Jahren) aufweisen.

Qualifikationsanforderungen an das Behandlungsteam: Die Mitarbeiter des Behandlungsteams müssen ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Mukoviszidose-Patienten aufweisen, z. B. durch Hospitationen an größeren Behandlungszentren. Alle Mitarbeiter sollen regelmäßig an spezifischen Weiterbildungsveranstaltungen teilnehmen. Dies gilt besonders für die Physiotherapeuten, die ihre Qualifikation zur Behandlung von Mukoviszidose-Patienten durch entsprechende Nachweise belegen sollen. Wünschenswert ist, dass alle Mitarbeiter in spezifischen Arbeitskreisen gemäß ihrem Fachgebiet aktiv mitarbeiten.

Verpflichtung zur Dokumentation und Auswertung: Die Mukoviszidose-Einrichtungen nach § 116 b SGB V führen eine Dokumentation durch, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht. Darüber hinaus werden die Daten der Patienten erfasst und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine zentrale Auswertung bezüglich Erreichung der Behandlungsziele und zum Zweck des Einrichtungvergleiches (Benchmarking) zur Verfügung gestellt.

Die Mukoviszidose-Einrichtungen nach § 116 b SGB V beteiligen sich an Qualitätszirkeln mit dem Ziel, das Qualitätsmanagement in den jeweiligen Einrichtungen kontinuierlich zu verbessern.

Verpflichtung zur leitlinienorientierten Behandlung: Die Mukoviszidose-Einrichtungen nach § 116 b SGB V verpflichten sich zu einer an Leitlinien orientierten Diagnostik und Therapie. Sofern keine allgemein anerkannten und evidenzbasierten Leitlinien existieren, erfolgt die Behandlung entsprechend standardisierten, in Konsens-Papieren oder Qualitätshandbüchern zur Mukoviszidose-Therapie niedergelegten Verfahren.

Überweisungserfordernis

Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch einen Vertragsarzt. □

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ in Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ und in Anlage II „Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“: Akupunktur

Vom 18. April 2006/19. September 2006

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen vom 18. April 2006 und 19. September 2006 beschlossen, die Anlage I und die Anlage II der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ in der Fassung vom 17. Januar 2006 (BAnz. S. 1523), zuletzt geändert am 18. Juli 2006 (BAnz. S. 6703), wie folgt zu ändern:

I. In der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ wird folgende Nummer angefügt:

„Nr. 12 Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronisch schmerzkranken Patienten wird für folgende Indikationen zugelassen:

§ 1

Zugelassene Indikationen

1. Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradiikulärer Schmerz),

– mit jeweils bis zu zehn Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal zwölf Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14–20 Nadeln;

2. Chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen,

– mit jeweils bis zu zehn Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal zwölf Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7–15 Nadeln je behandeltes Knie.

Eine erneute Behandlung kann frühestens zwölf Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung erfolgen.

§ 2

Qualitätssicherung

(1) Die Leistungen nach § 1 können nur von Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:

1. Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatzweiterbildung „Akupunktur“ gemäß den Vorgaben im Abschnitt C: Zusatzweiterbildungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005 bzw. Nachweis einer in Struktur und zeitlichem Umfang der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gleichwertigen Qualifikation in den Bundesländern, in denen dieser Teil der (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht umgesetzt ist, und

2. Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80-Stunden-Curriculum „Kern-[Basis-]Veranstaltung“) und

3. Nachweis der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.

(2) Weitere Qualitätsanforderungen sind:

1. Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts und

2. Durchführung einer fallbezogenen Eingangserhebung zur Schmerzevaluation mit den Parametern Lokalisation des Hauptschmerzes, Schmerzdauer, Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz und Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung mit den Dimensionen Lokalisation des Hauptschmerzes, Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, Stärke des Hauptschmerzes, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz, Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz und

3. Vorlage der Eingangs- und Verlaufsdocumentation und des Therapieplans zur stichprobenartigen Überprüfung auf Anforderung einer KV-Kommission und

4. Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln und

5. Durchführung der Akupunktur in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liege und

6. Verwendung steriler Einmalnadeln.

§ 3

Übergangsregelung

(1) Bis zum 31. Dezember 2007 dürfen Ärzte, die die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 nicht erfüllen, unbeschadet der weiteren Bestimmungen dieser Nummer 12 der Anlage I Akupunktur zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie eine in Struktur und zeitlichem Umfang der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gleichwertige Qualifikation nachweisen können.

(2) Bis zum 31. Dezember 2007 dürfen Ärzte, die die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 3 nicht erfüllen, unbeschadet der weiteren Bestimmungen dieser Nummer 12 der Anlage I Akupunktur zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.“

II. In der Anlage II „Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“ wird die Nummer 31 wie folgt neu gefasst:

„Nr. 31 Akupunktur mit Ausnahme der in Anlage I aufgeführten Indikationen“

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.

Siegburg, den 18. April 2006/19. September 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

Erläuterung der KBV:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 18. 4. 2006 die Einführung der Körperakupunktur mit Nadeln bei chronisch schmerzkranken Patienten für zwei Indikationen beschlossen. Die gesetzlich vorgesehene Bestätigung des Beschlusses durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) erfolgte mit der Maßgabe, dass durch den G-BA Übergangsbestimmungen u. a. für Ärzte ergänzt würden, in deren Bundesländern die Zusatzweiterbildung „Akupunktur“ entsprechend der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer noch nicht eingeführt ist. Diese Anpassungen wurden durch die erneute G-BA-Beschlussfassung vom 19. 9. 2006 vorgenommen. □

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 119. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

In Teil A und Teil C zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2007

Im Deutschen Ärzteblatt Heft 46, Jg. 103, vom 17. 11. 2006, wurden im Teil A (auf Seite A 3137) die laufenden Nrn. 16 und 16.2 sowie im Teil C (auf Seite A 3142) die laufende Nr. 3 fehlerhaft bzw. unvollständig veröffentlicht.

In Teil A

– war bei der laufenden Nr. 16 (Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 13260) die zweite Anmerkung hinter der Leistung mit einem falschen Bezug versehen. Die Anmerkung lautet korrekt: *Die Leistung nach der Nr. 13260 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13550, 13551, 13560, 13561, 30600 und 30601 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

– fehlte bei der laufenden Nr. 16.2 in der Liste zur Aufnahme einer analogen Berechnungsausschluss-Regelung (im Behandlungsfall) die Leistung nach der Nr. 13664. Die laufende Nr. 16.2 lautet vollständig:

Aufnahme einer analogen Berechnungsausschluss-Regelung (im Behandlungsfall) in den Anmerkungen hinter den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400, 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13500 bis 13502, 13550, 13551, 13560, 13561, 13600, 13601, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 13650, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13700, 13701, 30600 und 30601

In Teil C

– fehlte bei der laufenden Nr. 3 hinter der Leistung nach der Nr. 30791 (Durchführung einer Körperakupunktur) die Anmerkung zu den Sachkosten. Folgende Anmerkung gehört zur Leistung nach der Nr. 30791:

Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in dieser Leistung enthalten. □