



Versorgung von HIV-/Aids-Patienten: Vergütungsregelung ab 1. Juli 2009.

Die bisherigen Vereinbarungen auf Landesebene zur spezialisierten Versorgung von HIV-/Aids-Patienten werden ab 1. Juli 2009 durch eine bundeseinheitliche Regelung zur Qualitätssicherung und zur Vergütung der Leistungen abgelöst. Die Vereinbarungen beziehen sich auf die Versorgung von Patienten mit

- HIV-Infektionen ohne antiretrovirale Therapie,
- HIV-Infektionen mit antiretroviraler Therapie,
- HIV-Infizierten ggf. mit antiretroviraler Therapie und HIV-assoziierten Erkrankungen, Aids-definierten Erkrankungen und/oder behandlungsbedürftigen Koinfektionen.

Nach langem Tauziehen haben die gesetzlichen Krankenkassen einer deutlich angehobenen Vergütung der ärztlichen Leistungen in der spezialisierten Versorgung von HIV-/Aids-Patienten zugestimmt. Es gibt künftig im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bundeseinheitlich – zusätzlich zu den Grund- bzw. Versichertenpauschalen – eine quartalsbezogene Zusatzpauschale für die Behandlung eines Patienten (EBM Nr. 30920 mit 1.300 Punkten).

Bei der Behandlung des Patienten mit antiretroviralen Medikamenten ist dazu ein quartalsbezogener Zuschlag (EBM Nr. 30922 mit 875 Punkten) berechnungsfähig. Bei Vorliegen HIV-assoziiierter Erkrankungen und/oder Aids-definierter Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen (z.B. Hepatitis B/C, Tuberkulose) gibt es bei mindestens drei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal einen Zuschlag nach EBM Nr. 30 924 mit 1.750 Punkten.

Die Gebührenpositionen sind nur vom behandlungsführenden HIV-Schwerpunktarzt berechnungsfähig. Die Abrechnung der neuen Pauschalabgeltungen setzt eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) voraus. Voraussetzung für die Genehmigung ist der Nachweis einer spezifischen fachlichen Befähigung.

Der behandlungsführende Arzt muss gegenüber der KV folgende Qualifikation nachweisen:

1. Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere und Allgemeinmedizin“, „Allgemeinmedizin“, der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ oder der 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,
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.

Nach der vereinbarten Übergangsregelung gelten für alle bisher behandlungsführend tätige Ärzte erleichterte Genehmigungsvoraussetzungen.

In einer Qualitätssicherungsvereinbarung gibt es spezielle organisatorische Anforderungen und Kriterien für die Ausstattung der Praxis des behandlungsführenden Arztes.

Die Leistungen der spezialisierten Versorgung von HIV-/Aids-Patienten werden von den Krankenkassen vorerst befristet bis zum 1. Januar 2012 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und auch außerhalb der Regelleistungsvolumina der Ärzte vergütet.