

Qualitätszirkel

„Behandlung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)“

Zusammensetzung (QZ-Mitglieder)

| | |
|-------------------------|---|
| Dirk Schnabel (Leitung) | Arzt, SPZ Charite, Universitätsmedizin Berlin |
| Martina Ernst | Dipl.-Psych., SPZ Berlin, Universitätsmedizin Berlin |
| Michael-Andor Marton | Arzt, Kinderzentrum München |
| Andreas Oberle | Arzt, SPZ am Olgahospital, Klinikum Stuttgart |
| Helmut Peters | Arzt, Rheinhessen Fachklinik Mainz, Zentrum für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie |
| Ralf Thalemann | Dipl.-Päd., SPZ Berlin, Universitätsmedizin Berlin |
| Natascha Unfried | Ärztin, SPZ Chemnitz |

Korrespondenz-Adresse: Dr. med. Dirk Schnabel
Sozialpädiatrisches Zentrum für chronisch kranke Kinder
Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin
Charite, Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Tel: 030 450 666 343 / 450 566292

Fax: 030 450 566 947

Email: dirk.schnabel@charite.de

1. Einleitung

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) bieten Kindern, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können (§ 119 SGB V), die Möglichkeit zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung.

Dem medizinischen Fortschritt, der qualitativ intensivierten medizinischen Versorgung, aber auch der verbesserten pflegerischen Betreuung ist es zu verdanken, dass Lebensqualität und Lebenserwartung insbesondere chronisch kranker Kinder gesteigert werden konnten.

In den letzten Jahren hat daher die Anzahl chronisch kranker Kinder, die eine medizinische, aber auch eine psychosoziale Betreuung benötigen, zugenommen. Deshalb steigen die Anfragen nach einer Betreuungsmöglichkeit im SPZ auch von chronisch kranken Patienten.

Im Kindes- und Jugendalter kommt es unter den Bedingungen einer chronischen Erkrankung häufig zu einer Beeinflussung der Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben: Die Prävalenz psychischer Probleme ist im Kollektiv chronisch erkrankter Kinder etwa doppelt so hoch wie bei Gesunden. Entscheidend für das psychosoziale Outcome sind hierbei weniger die Spezifika der chronischen Erkrankung, sondern der Umgang mit den aus ihr resultierenden Krankheitsanforderungen, sowie die Ressourcen auf Seiten des Kindes und dessen Familie (Lavigne 1992). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche sind ebenso von der allgemein zu beobachtenden Zunahme von Entwicklungsstörungen von Sprache und Motorik, aber auch des Lern- und Sozialverhaltens und emotionaler Störungen, dem Auseinanderbrechen von familiären Strukturen und sozialen Härten betroffen. Diese zusätzlichen Probleme können therapeutische, medizinische und/oder medikamentöse Maßnahmen bei chronisch kranken Kindern erschweren oder diese gar unmöglich machen.

Kinder und Jugendliche mit einem besonderen medizinischen Versorgungsbedarf weisen eine chronische körperliche, psychische, entwicklungs- oder verhaltensbedingte Störung auf oder haben ein erhöhtes Risiko für eine solche. Sie benötigen eine gesundheitliche Versorgung über den allgemeinen Bedarf hinaus (McPherson 1998). Gemäß dieser Definition wird in den USA der Anteil der Jugendlichen unter 18 Jahren mit einer chronischen Erkrankung auf 12% geschätzt (Sawyer 2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) des Robert-Koch-Institutes ermittelte eine Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit einem speziellen Versorgungsbedarf in Deutschland von 11,4% bei Mädchen und 16,0% bei Jungen (Scheidt-Nave 2008).

Nach Lee (2007) setzt sich die Diagnose „chronische Erkrankung mit speziellem Versorgungsbedarf“ aus den folgenden Hauptkriterien zusammen: Dauer der Erkrankung länger als 3 Monate, Einschränkung von altersangemessenen Aktivitäten sowie wiederkehrender Bedarf an fachärztlicher Betreuung, die über das Ausmaß der Versorgung gesunder Kinder mit akuten Erkrankungen hinausgeht. Chronische Erkrankungen können zu

Störungen von Funktionen und Fähigkeiten führen mit dem Resultat der eingeschränkten Teilhabe. Einzelheiten ergeben sich aus den Kriterien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

2. Aktuelle Versorgungssituation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher

Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen werden entsprechend des für den Schweregrad ihrer Erkrankung erforderlichen Betreuungsaufwandes in verschiedenen Versorgungsstrukturen betreut. Dazu zählen die nachfolgend aufgeführten Personen und Organisationsformen im Gesundheitssystem.

2.1. Kinder- und Jugendarzt

Der vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendarzt hat seine Aufgabe im Wesentlichen in der ambulanten Primärversorgung kranker Kinder und Jugendlicher sowie in der Vorsorge, Früherkennung und Prävention. Die Versorgung chronisch kranker Patienten durch ihn macht heute bereits in der Praxis je nach Altersstufe einen Anteil von bis zu 25 % der Patienten aus (Nentwich, DAKJ, in Vorbereitung). Sollte bei chronisch kranken Kindern oder Jugendlichen aufgrund mehrdimensionaler Störungen ihrer Erkrankung eine komplexe multiprofessionelle Betreuung erforderlich sein, so ist der vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendarzt auf Kooperationspartner angewiesen.

2.2. MVZ (§ 95 SGB V)

In einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) können hausärztlich und spezialisiert tätige Kinder- und Jugendärzte, ebenso Ärzte anderer Berufsgruppen wie z.B. Augenärzte, Orthopäden, aber auch Psychologen und Therapeuten räumlich und ggf. auch inhaltlich aufeinander abgestimmt gemeinsam tätig sein. Prinzipiell ist daher eine medizinisch rehabilitative Betreuung möglich. Entwicklungsspezifische und soziale Aspekte von Kindern und Jugendlichen können in diesem Setting u.U. nicht ausreichend berücksichtigt werden.

2.3. Spezialambulanzen nach § 116 b SGB V

Im Rahmen der Versorgung nach § 116 b kann eine ambulante Betreuung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und / oder bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erfolgen.

Spezialambulanzen nach § 116 b sind wegen noch fehlender Qualitätskriterien bei Kostenträgern und den meisten Fachgesellschaften bislang umstritten, dementsprechend in der Finanzierung ungesichert und bisher nur in Ausnahmefällen mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand diagnosebezogen implementiert.

2.4. Hochschulambulanz (HSA)/ Universitäre Poliklinik nach § 117 SGB V

In dieser Versorgungsstruktur können Patienten im Rahmen universitärer „Forschung und Lehre“ betreut werden. Eine kontinuierliche multidisziplinäre Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher ist in der HSA nicht möglich, da dort keine personell kontinuierliche Versorgung sowie keine Möglichkeit zur psychosozialen Begleitung besteht.

2.5. Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken nach § 120 Abs. 1 a SGB V

An Kinderkliniken ist auf Antrag die Einrichtung von pädiatrischen Schwerpunkt-Ambulanzen (SP) möglich. Die Behandlung ist auf die Inhalte wie beim MVZ begrenzt.

2.6. Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

Die Behandlung durch Sozialpädiatrische Zentren ist gemäß § 119 auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.

Die SPZ-Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher ist dann angezeigt, wenn mehrdimensionale Störungen bei dieser Erkrankung vorliegen.

Im Zusammenhang mit der spezifischen Organ- bzw. Systemerkrankung oder als Folge der chronischen Erkrankung kann es zu Beeinträchtigungen der Teilhabe, der sozialen Integration, sowie zu Entwicklungs- und Verhaltensstörungen kommen, die eine interdisziplinäre Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erforderlich machen.

Im SPZ werden Kinder und Jugendliche mit mehrdimensionalen Störungen bei chronischen Erkrankungen durch ein multiprofessionelles Team aus ärztlichen Mitarbeitern verschiedener Subspezialisierungen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen interdisziplinär behandelt werden. In regelmäßigen Teamsitzungen werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen koordiniert. Der zuweisende Vertragsarzt ist in das Behandlungskonzept eingebunden und wird regelmäßig über den Behandlungsverlauf des Patienten informiert.

Wesentliche rechtliche Grundlagen bilden dabei § 119 SGB V, § 43a SGB V, § 30 und 56 des SGB

IX.

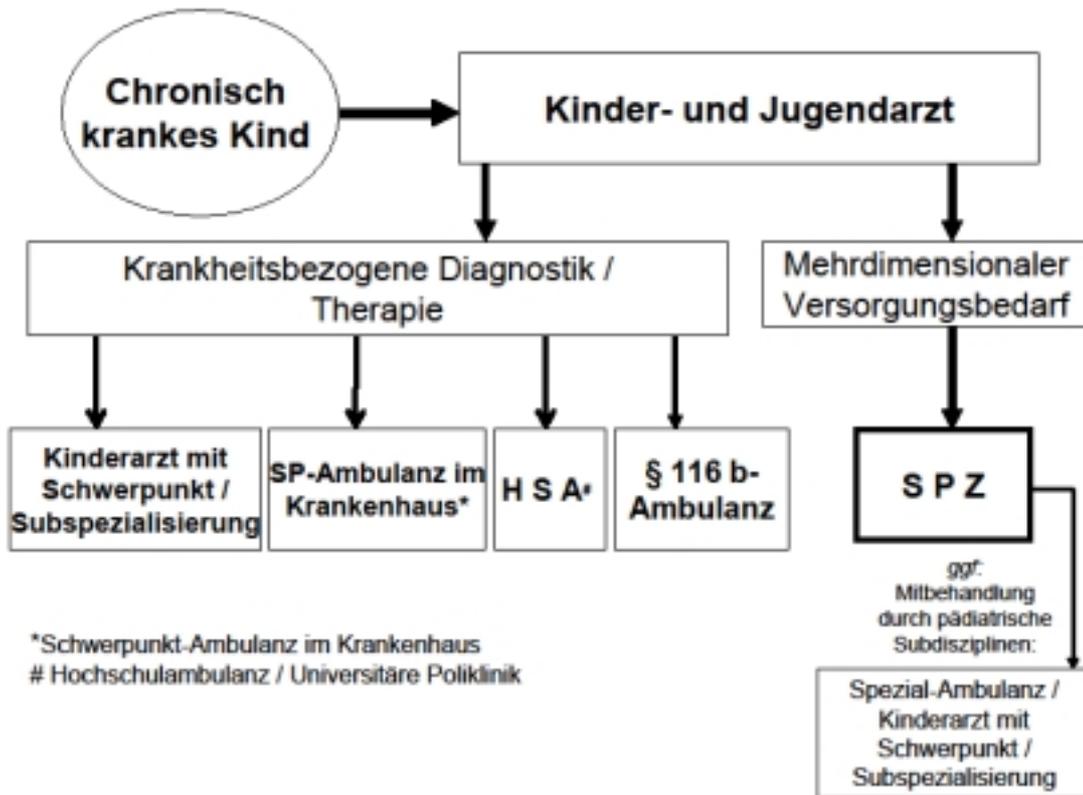


Abb.1: Betreuungsmöglichkeiten chronisch kranker Kinder und Jugendlicher

Der umfassende sozialpädiatrische Versorgungsbedarf im SPZ ergibt sich aus den Befunden der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik (MBS) in der Sozialpädiatrie.

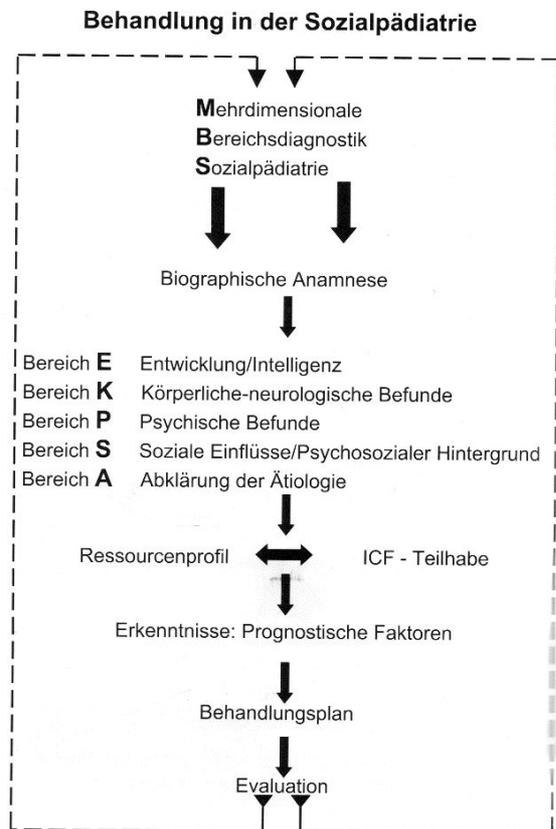


Abb. 2: EKPSA-Schema

3. Aufgabe / Funktion des SPZ in der Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher

Im Folgenden werden die Aufgaben des SPZ im Rahmen der Behandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher mit mehrdimensionalen Störungen dargestellt.

- Die Behandlung von Kindern mit komplexen chronischen Erkrankungen, deren Versorgung nicht von „geeigneten Ärzten“ (§119 Abs. 2) geleistet werden kann, wird durch das SPZ sichergestellt.
- Durchführung multiprofessioneller Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen und schwerwiegenden Krankheiten unter Einbezug des Umfeldes.

Zielbereiche der Diagnostik (Noeker 2006) sind dabei:

- spezifische Krankheitsbewältigung: Erkrankungsmerkmale im engeren Sinne. Folgebelastrungen psychosozialer Stresserfahrungen und Behandlungsanforderungen. Grad der Adaptation („Coping“, Selbstmanagement). Als spezifisches Adaptationsergebnis wird die Optimierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erreicht.
- Allgemeine kognitive und Verhaltensentwicklung: Krankheitsunabhängige Vulnerabilität (psychosoziale Risikofaktoren bei Kind und Familie). Kompetenzen zur Selbstregulation (kognitiv-emotional / sozial-kommunikativ). Globale Adaptation (typische Entwicklungsaufgaben, Selbstwertentwicklung, Risiko psychischer Störungen)
- Durchführung multidisziplinärer Beratung und Intervention bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen und schwerwiegenden Krankheiten unter Einbezug des Umfeldes und entwicklungsadaptierter Auswahl geeigneter Interventionen:
 - medizinisch notwendige Maßnahmen (ärztlich, nicht-ärztlich) zur Behandlung der chronischen Erkrankung inklusive Maßnahmen zur funktionellen Förderung. Kompetenz zur Notfallbehandlung.
 - psycho-educative oder (psycho-)therapeutische Maßnahmen: Die Krankheitsverarbeitung aus Sicht des Kindes und des Jugendlichen und seiner Familie soll unterstützt werden. Zum Einsatz kommen hierbei je nach Erfordernis: Behavioral-systemische Familienberatung, Krankheits- und Selbstmanagement, Förderung der Compliance, Verhaltensmedizin mit Vermittlung von Wissen zu auslösenden bzw. aufrechterhaltenden kognitiv-behavioralen Bedingungsfaktoren.
- Im erforderlichen Einzelfall wird auch eine kontinuierliche Langzeitbetreuung ermöglicht.

- Eine drohende Störung der sozialen Teilhabe / Partizipation sollte möglichst frühzeitig erkannt und verhindert werden. Liegt diese aber bereits vor, so werden Maßnahmen zu deren Beseitigung bzw. zumindest deren Linderung eingeleitet.
- Die Inklusion chronisch kranker Kinder in ihr gewohntes soziales Umfeld wird gefördert. Die Gestaltung der notwendigen Rahmenbedingungen wird durch erkrankungsspezifische Information und ggf. Schulungen für Eltern, Betreuer, Erzieher, Lehrer, Trainer sicher gestellt.
- Die familiären Ressourcen werden gestärkt (Empowerment), auch durch Hilfeleitungen bei drohender Überlastung des Familiensystems.
- Die Betreuung der Patienten erfolgt gemäß den Leitlinien und Rahmenempfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften.

Ein Beispiel für die SPZ-Betreuung einer chronischen Erkrankung in Umsetzung der „Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS)“ findet sich im Anhang (siehe 8.1).

3.1. Anforderungen an die Struktur eines SPZ bei der Mitbetreuung von chronisch kranken Kindern mit mehrdimensionalen Störungen

Das Angebot der Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher mit mehrdimensionaler Störung in einem SPZ richtet sich nach dessen lokalen Gegebenheiten. Dabei sind die Fachlichkeit sowie die zusätzlich erforderlichen räumlichen und personellen Erfordernisse zu berücksichtigen.

Für Sozialpädiatrische Zentren, die die sozialpädiatrische Dimension einer chronischen Erkrankung inhaltlich und personell abdecken können, nicht aber über die Expertise für die Grunderkrankung verfügen, muss die Kooperation mit medizinischen Einrichtungen / Institutionen, die entsprechende Spezialsprechstunden anbieten, gewährleistet sein.

Diese Einrichtungen / Institutionen können Kinderkliniken angegliedert, universitäre Einrichtungen mit entsprechenden Spezialsprechstunden oder aber auch niedergelassene spezialisierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie sein.

Um die verschiedenen Interventionen zu bündeln, aufeinander abzustimmen, Therapieadaptationen vorzunehmen, ggf. neue Therapiestrategien einzuleiten, sind regelmäßige Abstimmungen, schriftlich wie mündlich, in größeren Abständen auch gemeinsame fallbezogene Teamsitzungen notwendig und zu dokumentieren.

Aus Gründen der Qualitätssicherung muss eine entsprechende Expertise für die Behandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher mit mehrdimensionalen Störungen in dem jeweiligen SPZ vorhanden sein (Bode 2005).

3.2. Ziele der Behandlung des Patienten im SPZ

Anzustreben sind:

- Die Sicherstellung eines weitgehend selbstbestimmten Lebens des Kindes und der Familie, die Stärkung seiner Eigenaktivität sowie eine altersentsprechende Partizipation.
- Die Verbesserung der Qualität der medizinischen und therapeutischen Behandlung und der psychosozialen Betreuung.
- Die Verringerung von Komplikationen bei chronischen Erkrankungen mit mehrdimensionalen Störungen.
- In der Langzeitbetreuung Reduktion kostspieliger stationärer Krankenhausaufenthalte.
- Die Integration in die Gesellschaft und in ein nachhaltiges, altersentsprechendes Umfeld einschließlich der Berufsfindung.

4. Spezielle Betreuungsangebote (Schulungen, Elternarbeit)

Unter Berücksichtigung der gesamten familiären Situation sollten Schulungen von Patienten, Eltern und ggf. auch weiteren Familienangehörigen sowie Betreuern erfolgen. Diese sind wichtige Säulen in der erfolgreichen Betreuung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Modulare Schulungsmodelle gibt es bereits zu verschiedenen chronischen Erkrankungen, so z.B. für Epilepsie-krankte Kinder, adipöse Kinder und für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1. Informationen und Schulungen stehen meist am Anfang von intensiven medikamentösen Therapien, werden aber auch zur Überprüfung der Durchführung der Therapie sowie zur Krankheitsverarbeitung nach einem zeitlichen Intervall, dann auch ggf. als Gruppenschulung bestimmter Altersgruppen, durchgeführt. Bei einigen chronischen Erkrankungen gehören sie zum geforderten Betreuungsstandard.

5. Aspekt der Transition in das junge Erwachsenenalter

Transition in der Gesundheitsversorgung bedeutet die geplante und gezielte Überführung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Krankheiten von kinderzentrierten zu erwachsenenorientierten Versorgungssystemen (Blum 1993).

Das Ziel von Transitions-Programmen ist die Gewährleistung einer koordinierten und ununterbrochenen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche mit einem besonderen medizinischen Versorgungsbedarf, die dem Alter und der Entwicklung des jungen Menschen angemessen erfolgt (Robertson 2006).

Für chronisch kranke Jugendliche mit mehrdimensionalen Störungen endet die SPZ-Komplexbehandlung in der Regel mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Eine Weiterbetreuung im SPZ wird allenfalls in Ausnahmefällen auf der Basis von Einzelfallentscheidungen zeitlich begrenzt gewährt. Hier müssen zukünftig Übergangsstrukturen geschaffen werden, die die regionalen Gegebenheiten der Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigen. Beispielhaft sind für das Krankheitsbild Meningomyelozele / Spina bifida durch spezielle KV-Ermächtigungen Weiterbetreuungsmöglichkeiten nach Erreichen des Erwachsenenalters in den SPZ in Berlin (Charite), Erlangen und Mainz möglich.

6. Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

In den letzten 20 Jahren hat sich die aktive Selbsthilfe für Betroffene chronischer Erkrankungen stärker entwickelt. Diente sie in den Anfangsjahren in erster Linie dem Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Familien, so setzt sie sich in den letzten Jahren für einen größeren Bekanntheitsgrad der chronischen Erkrankungen ein, sorgt sich um eine Verbesserung der häufig erforderlichen interdisziplinären Versorgung, unterstützt die Bildung von regionalen und überregionalen Netzwerken, leistet darüber hinaus Unterstützung im Umgang mit Sozialhilfeträgern, Krankenkassen, Behörden etc..

Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen eines SPZ, in dem chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit mehrdimensionalen Störungen behandelt werden, sollten sich in der Selbsthilfe engagieren, denn nur so ist bei den z.T. recht kleinen Patientenfallzahlen einzelner Erkrankungen die Erlangung einer interdisziplinären Betreuungsexpertise möglich.

7. Literatur

Blum RW, Garell D, Hodgmann CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, Slap GB (1993) Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 14:570-576

Bode H (2004) Welche Kinder brauchen ein SPZ? *Kinderärztliche Praxis* 75, 301-309

Hergenroeder AC (2002) The transition into adulthood for children and youth with special health care needs. *Texas Medicine* 98: 51-58

Hollmann H, Kretzschmar C, Schmid RG (Hrsg.) (2009) *Qualität in der Sozialpädiatrie*, Band 1, 2. Auflage. BAG-SPZ, RS-Verlag, Altötting

Lavigne JV & Faier-Routman J (1992) Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology* 17:133-157

Lee vd JH, Mokkink LB et al. (2007) Definition and measurement of chronic health conditions in childhood - a systemic review. *JAMA* 297:2741-2751

McCurdy C, DiCenso A, Boblin S, Ludwin D, Bryant-Lukosius D, Bosompra K (2006) There to here: young adult patients' perceptions of the process of transition from pediatric to adult transplant care. *Progress in Transplantation* 16:309-316

McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, Perrin JM, Shonkoff JP, Strickland B (1998) A new Definition of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics* 102:137-139

Noeker M (2006) Psychologische Diagnostik bei chronischer Erkrankung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2006,154: 326-337

Robertson L, McDonagh JE, Southwood T, Shaw K (2006) Growing up and moving on. A multicentre UK audit of the transfer of adolescents with juvenile idiopathic arthritis from paediatric to adult centred care. *Ann Rheum Dis* 65:74-80

Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT (2007) Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet* 369:1481-1489

Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M (2008): Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 51: 592-601

8. Anhang

8.1. Exemplarisches Beispiel (Adipositas) für den SPZ-Betreuungsbedarf einer chronisch-organischen Erkrankung angelehnt an die „Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS)“.

8.2. Rechtliche Grundlagen der Betreuungsmöglichkeiten:

§ 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 116b Ambulante Behandlung im Krankenhaus

(1) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

(2) Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen 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. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.

(3) Der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst folgende hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:

1. hochspezialisierte Leistungen

- CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie,

2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/Aids
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mucoviszidose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
- Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden.

Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend.

§ 117 SGB V Hochschulambulanzen

(1) Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken.

§ 119 SGB V Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) 1Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten und ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. 2Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. 3Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. 4Die Vergütung der von nach § 119b Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

(1a) 1Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu

vergüten. 2Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet. 3§ 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. 4Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 geregelt. 5Soweit für das Jahr 2009 für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 des [Krankenhausentgeltgesetzes](#) für das Jahr 2009 sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Abs. 1 der [Bundespfllegesatzverordnung](#) für das Jahr 2009 und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der [Bundespfllegesatzverordnung](#) jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern. 6Bei Krankenhäusern nach § 4 Abs. 9 des [Krankenhausentgeltgesetzes](#) ist das Erlösbudget in der Höhe zu vermindern, in der nach der bereits durchgeführten Angleichung an den Landesbasisfallwert noch Erlösanteile für diese ambulanten Leistungen enthalten sind. Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. 8Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des [Krankenhausentgeltgesetzes](#) ist die Summe der für das Jahr 2009 vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.