

**Tragende Gründe zum Beschluss  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zur Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus  
nach § 116b SGB V“, Anlage 3:**

**Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden**

Gemäß § 116b Abs. 4 SGB V ergänzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen und regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses und ggf. ein Überweisungserfordernis.

In seiner Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V vom 18.10.2005 zuletzt geändert am 19.06.2008 hat der G-BA die Ergänzung der Kataloginhalte, die Konkretisierung, die Überprüfung und die Weiterentwicklung des Kataloges nach der Verfahrensordnung des G-BA geregelt.

Die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden ist bereits im Katalog seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverläufen in § 116b Absatz 3 SGB V und in der Richtlinie des G-BA enthalten. Ziel des Beschlusses ist daher die Ergänzung der Anlage 3 der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ um die Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen. Hierfür wurden vom zuständigen Unterausschuss bzw. der durch ihn eingesetzten Arbeitsgruppe Experten gehört sowie eine orientierende Leitlinien- und Literatursichtung durchgeführt.

Terminologisch wird beim Begriff Anfallsleiden im engeren Sinne auf die zerebralen Anfallsleiden verwiesen. Gegenstand der vorliegenden Konkretisierung sind daher die verschiedenen Formen der Epilepsie.

Anfallsleiden zeichnen sich durch die Notwendigkeit einer interdisziplinären Diagnostik sowie einer kontinuierlichen, größtenteils komplexen und differenzierten medikamentösen Behandlung aus, die mit einer Reihe von unerwünschten Wirkungen einhergeht.

Häufig ist die Abgrenzung von zerebralen Anfallsleiden zu Erkrankungen mit „anfallsartiger“ Symptomatik (z. B. nicht kardiale Synkopen, Anfälle psychischen Ursprungs) schwierig.

Für die Behandlung von Anfallsleiden stehen rd. zwanzig Wirkstoffgruppen mit der entsprechenden Anzahl von Spezialitäten (Medikamentenname) zur Verfügung, die gemäß der individuellen Bedingungen und Reaktionen unter kontinuierlichen Verlaufskontrollen ausgewählt und kombiniert werden. 20 - 30% der Patientinnen und Patienten können trotz

medikamentöser Kombinationstherapie die Therapieziele der Anfallsfreiheit bzw. der Verlängerung des anfallsfreien Intervalls nicht erreichen. Für einen kleinen Teil dieser Gruppe kommen operative Eingriffe am Gehirn oder der Einbau von Nervenstimulatoren (Vagusnervstimulation) in Frage. Die Prüfung der Indikation für diese Verfahren erfordert spezifische, umfangreiche diagnostische Maßnahmen.

In der Diagnostik, der Therapie sowie der schulischen, beruflichen und sozialen Integration von Patientinnen und Patienten von Anfallsleiden kommt einer psychosozialen Betreuung eine besondere Bedeutung zu. Ein wesentlicher Anteil der Betroffenen befindet sich im Kindes- und Jugendalter. Für diese Zielgruppe ist eine enge Zusammenarbeit mit Frühförderstellen, sozialpädiatrischen Zentren und Schulen notwendig.

Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden sind häufig erheblich in ihrer Lebensqualität und in ihrer Berufsausübung eingeschränkt. Sie stellen besondere Herausforderungen an Diagnostik und Therapie und profitieren von einer spezialisierten Betreuung unter Koordination von Fachärztinnen oder Fachärzten für Neurologie oder Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin vorzugsweise mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie.

Die in Anlage 3 niedergelegte Konkretisierung der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren sowie der sächlichen und personellen Anforderungen basieren auf den Ergebnissen der Expertenanhörung. Sie fokussieren auf die qualitativ hochwertige spezialisierte Diagnostik und Therapie in einem interdisziplinären Behandlungsteam. Die genannten Leistungen sind Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, so dass der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit gemäß § 28 der Verfahrensordnung als hinreichend belegt gelten.

Die Prävalenz von Anfallsleiden beträgt nach Angaben der wissenschaftlichen Literatur mindestens 0,5% sowohl der Erwachsenen als auch der Kinder und Jugendlichen, das sind rd. 411.000 Personen. Davon sind rd. 20% (80.000) Kinder und Jugendliche. Die Prävalenz der erwachsenen Personen mit Anfallsleiden beträgt rd. 330.000.

Bei der Festlegung von Mindestmengen für die Behandlung von Erkrankungen nach Anlage 3 orientiert sich der Gemeinsame Bundesausschuss grundsätzlich an einem Richtwert von 0,1% der bundesweit prävalenten Fälle. Zur Sicherung entsprechender Kompetenz durch Behandlungserfahrung im Team des zur Behandlung nach § 116 b SGB V bestimmten Krankenhauses wird gemäß § 6 Abs.1 Satz 4 der Richtlinie durch den G-BA die Mindestbehandlungsanzahl für Erwachsene auf 330 Patienten pro Jahr festgelegt.

Es bestehen keine ausreichenden Gründe, auf die Festlegung von Mindestmengen wie in § 6 Abs. 1 Satz 4 der Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach 116 b SGB V

beschrieben, zu verzichten. Gemäß § 6 Abs. 4 Satz 2 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V gelten die Mindestmengen nicht für Kinder und Jugendliche, wenn diese in pädiatrischen Abteilungen behandelt werden.

Der Bundesärztekammer wurde gemäß § 91 Abs. 5 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der Unterausschuss hat die Stellungnahme in seiner Sitzung am 12.11.2008 beraten und einzelne Anregungen berücksichtigt, insbesondere wurde der Passus zu den Facharztbezeichnungen überarbeitet.

Siegburg, den 18. Juni 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gem. § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hess