Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

in der Fassung vom 21. März 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1)
in Kraft getreten am 20. Juli 2013

zuletzt geändert am 17. Mai 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.08.2018 B1)
in Kraft getreten am 16. August 2018

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich 4
§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“) 4
§ 3 Personelle Anforderungen 5
§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen 7
§ 5 Behandlungsumfang 7
§ 6 Studienteilnahme 8
§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen 8
§ 8 Überweisungen 8
§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung 9
§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V 9
§ 11 Mindestmengen 10
§ 12 Qualitätssicherung 10
§ 13 Evaluation 10
§ 14 Dokumentation 10
§ 15 Patienteninformation 11
§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung 11

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen 12

a) onkologische Erkrankungen 13
Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle 13
Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren 22
Tumorgruppe 3: urologische Tumoren 33
b) rheumatologische Erkrankungen 41
Teil 1: Erwachsene 41
Teil 2: Kinder und Jugendliche 47

Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen 51

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen 52

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose 53
b) Mukoviszidose 58
h) Morbus Wilson 62
k) Marfan-Syndrom 66
l) pulmonale Hypertonie 70
o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen 75

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen.....79

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

(1) Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage von § 116b Absatz 4 SGB V das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die durch Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 4 SGB V erfolgt.

(2) [1]Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben a und b SGB V in Anlage 1.1,
2. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben c bis i SGB V in Anlage 1.2,
3. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V in Anlage 2 und
4. hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V in Anlage 3.

[2]In den Anlagen werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfordernis geregelt. [3]Für die Ermittlung der in § 116b Absatz 6 Satz 9 und Absatz 8 Satz 1 und 2 SGB V aufgeführten Fristen ist das Inkrafttreten der jeweiligen Beschlussfassungen zu den in den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen maßgeblich.

(3) Das Verfahren zur Ergänzung des Kataloges gemäß § 116b Absatz 5 SGB V richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(4) Soweit sich die Vorschriften in dieser Richtlinie auf Fachärztinnen und Fachärzte beziehen, gelten sie für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(5) Die Bestimmungen der § § 2 bis 15 gelten, soweit in den Anlagen keine abweichende Regelung getroffen ist.

§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

(1) [1]Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte). [2]Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln. [3]Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt ASV-Berechtigter im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.

(2) [1]Die Leistungserbringer haben die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [2]Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Absatz 4 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen ggf. erforderlich sind. [3]Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß § § 3 und 4 kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen. [4]Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind namentlich zu benennen. [5]Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend. [6]Berechtigte Leistungserbringer haben bei der Meldung ihrer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 namentlich zu benennen. [7]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

(3) [1]Die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung. [2]Das Ausscheiden ist dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [3]Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams nach § 3 ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [4]Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten ein neues Mitglied gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V zu benennen. [5]Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. [6]Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V unmittelbar mit Ablauf der sechs Monate für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams nicht mehr vor; die Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen.

(4) [1]Zwischen den Mitgliedern des Kernteams gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie besteht für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer ASV-Patientin bzw. eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis. [2]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag).

(5) [1]Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus ist hinsichtlich der in den Anlagen 1.1, 1.2 und 2 genannten Diagnosen zulässig, bei denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf. [2]Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen nur in dem Fachgebiet bzw. Schwerpunkt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

§ 3 Personelle Anforderungen

(1) [1]Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. [2]Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(2) [1]Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. [2]Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. [3]Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. [4]Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. [5]An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen. [6]Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. [7]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. [8]Ihr Tätigkeitsort für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

(3) [1]Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt. [2]Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. [3]In den indikationsspezifischen Anlagen kann geregelt werden, dass neben den Fachärztinnen und Fachärzten mit spezialisierter Facharztkompetenz auch Fachärztinnen und Fachärzte, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung in dem entsprechenden Fachgebiet seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, zur Teilnahme an der ASV berechtigt sind.

(4) [1]Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus). [2]Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. [3]Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. [4]Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen nach Satz 1 dürfen sie nicht erbringen.

(5) [1]Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. [2]Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gilt: Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.

§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen

(1) [1]Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden in den Anlagen geregelt. [2]Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (z. B. Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, kann dies auch im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. [3]Sofern eine Intensivstation, Notfalllabor oder 24-Stunden-Notfallversorgung vorzuhalten sind, müssen diese in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. [4]Der Einbezug weiterer Berufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen und erfolgt auf Verordnung. [5]Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung dieser Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.

(2) [1]Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt. [2]Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. [3]Barrierefreiheit ist anzustreben.

§ 5 Behandlungsumfang

(1) [1]Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen. [2]Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert. [3]Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. [4]Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. [5]Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

(2) [1]Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [2]Für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den Anlagen aufgeführt.

(3) [1]Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V in Papierform. [2]Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren. [3]Für die Voraussetzungen des Anspruchs der Patientin oder des Patienten auf Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des Medikationsplans, für Inhalt und Form des Medikationsplans sowie etwaige Informationspflichten der ASV-Berechtigten gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt der Patientin oder des Patienten gelten in der ASV die Vorgaben des § 29a des Bundesmantelvertrags-Ärzte in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung entsprechend.

[4]Sofern bei einem ASV-Berechtigten die technischen Voraussetzungen für die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans noch nicht vorliegen, hat der ASV- Berechtigte, abweichend von Satz 1 und Satz 2 die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans zu informieren. [5]Die Information über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans soll auch an einen die Patientin oder den Patienten behandelnden Vertragsarzt (sofern vorhanden, den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt), der die technischen Voraussetzungen erfüllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese Informationsweitergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden Vertragsarzt.

§ 6 Studienteilnahme

[1]Die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V sollen geeignete Patientinnen und Patienten über nationale und internationale klinischen Studien informieren und ihnen die Teilnahme ermöglichen. [2]Notwendig ist hierzu die Kenntnis relevanter laufender Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über die Studienteilnahme.

§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen erfolgen.

§ 8 Überweisungen

[1]Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.1 sowie von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.2 setzt eine Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. [2]Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt. [3]Abweichend von den Sätzen 1 und 2 besteht für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten kein Überweisungserfordernis. [4]Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen. [5]Die Überweisung zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten wird für die Indikation

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

entsprechend § 1 Absatz 2 ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen soll. [6]Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt informiert die Versicherte oder den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. [7]Der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte informiert die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt und die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. [8]Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen und trägt ein eindeutiges Datum. [9]Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. [10]Näheres wird in den Anlagen geregelt. [11]Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. [12]Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, begründet auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung. [13]In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlage 1.1 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen.

§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung

[1]Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus teilstationär oder stationär erfolgen. [2]Die zu § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung beschlossenen G-AEP-Kriterien gelten entsprechend.

§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

(1) [1]Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt. [2]Für die ASV-Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich. [3]Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. [4]Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. [5]Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß § § 3 und 4 dieser Richtlinie sind hiervon unberührt.

(2) Dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ist eine vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation nach Absatz 1 vorzulegen, es sei denn, eine solche Kooperation kommt nach § 116b Absatz 4 Satz 11 SGB V nicht zustande.

(3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;

b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;

c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

§ 11 Mindestmengen

Das Nähere zu Mindestmengen ist in den Anlagen zu regeln.

§ 12 Qualitätssicherung

[1]Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. [2]Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt. [3]Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

§ 13 Evaluation

[1]Die Ergebnisse der Bewertung der Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach § 116b Absatz 9 SGB V sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen. [2]Spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten einer Anlage zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen des jeweiligen Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung des jeweiligen Beschlusses. [3]Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der G-BA dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 14 Dokumentation

[1]Der Umfang der sektorenübergreifend einheitlichen Dokumentationspflichten im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen und der Prozeduren ergibt sich aus den konkretisierenden Anlagen. [2]Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. [3]Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1. [4]Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. [5]Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 15 Patienteninformation

[1]Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche allgemeine Erläuterungen über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum. [2]Die Information der Patientin bzw. des Patienten ist zu dokumentieren. [3]Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV ist den Patientinnen bzw. Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen. [4]Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens folgende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlägen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie entsprechend § 115c SGB V.

§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung

Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nimmt die durch die jährliche Aktualisierung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information erforderlichen ICD-10-GM-Anpassungen in den Anlagen der Richtlinie vor, soweit gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Kerngehalt der Richtlinie nicht berührt wird.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

a) onkologische Erkrankungen

Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus
C16.- Bösartige Neubildung des Magens
C17.- Bösartige Neubildung des Dünndarmes
C18.- Bösartige Neubildung des Kolons
C19.- Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20.- Bösartige Neubildung des Rektums
C21.- Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C23.- Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas
C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
C26.1 Bösartige Neubildung: Milz
C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Abdomens
C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Beckens
C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C48.1 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
C48.2 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
C48.8 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C49.4 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens

C49.5 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend

C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse

C74.- Bösartige Neubildung der Nebenniere

C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse

C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet

C76.2 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen

C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- Spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, ERCP, Laryngoskopie, Bronchoskopie)
- Diagnostik von Helicobacter pylori
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Humangenetische Untersuchungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Behandlung

- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlung in Notfallsituationen
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Lasertherapeutische Verfahren (Ösophagus-CA)
- Transfusionen
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Mukosektomie
- Perkutane Gastrostomie
- Wundversorgung
- Anlage Blasenkatheter
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- Therapie der Stuhlinkontinenz
- Portanlagen
- Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Einleitung der Rehabilitation
- Sexualberatung und Familienplanung
- Physikalische Therapie
- Tumorkonferenzen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zur Ernährung
- zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Hilfsmitteln inkl. Anleitung zum Gebrauch
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu humangenetischen Fragestellungen

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- PET;PET/CT
    - Bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie
- Bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
  - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
  - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,

  zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.

- Koordination der Versorgung
- Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Strahlentherapie oder
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- Allgemeinchirurgie oder
- Viszeralchirurgie
- bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Nuklearmedizin

b) Kernteam

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie
- bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom zusätzlich auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Nuklearmedizin

  Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Berechtigt zur Teilnahme sind des Weiteren neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Nuklearmedizin
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Neurologie
- Humangenetik
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Radiologie
- Pathologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe und
- Urologie
- bei Schilddrüsenkarzinom, Nebenschilddrüsenkarzinom oder anderen endokrinologischen Tumoren zusätzlich auch Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- soziale Dienste wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Physiotherapie
- ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie, alternativ bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten- und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30 Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

Ebenso können die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie ausgenommen eine endokrine Therapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1.1 Mammakarzinom

C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren

C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
C52 Bösartige Neubildung der Vagina
C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix
C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium
C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium
C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri
C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56 Bösartige Neubildung des Ovars
C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Falloppio]
C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, Bronchoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Punktionen, Biopsie
- Tumorstaging

Behandlung
- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Portanlagen
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Koordination der Versorgung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL
- PET; PET/CT
  Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.
- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien gemäß I. oder II. erfüllt sind:

  I. - ER positiv und
     - Her2 negativ und
     - Alter > 35 Jahre und
     - N0: T > 1cm
       mit einem der nachfolgenden Kriterien:
       - G2 oder
       - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %
       aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
       - G3 oder
       - Ki-67 > 30 %.

  II. - ER positiv und
      - Her2 negativ und
      - Alter > 35 Jahre und
      - N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien:
        - G1 oder G2 oder
        - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %
        aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
        - G3 oder Ki-67 > 30 %.

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

a) Teamleitung

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Strahlentherapie

b) Kernteam

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Physiotherapie
- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,

q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

   - die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,
   - die Patientin und der Patient ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären,
   - eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin und dem Patienten ist ausgeschlossen.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mindestens 250 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam mindestens 60 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.

Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

5 Sonderregelung für Subspezialisierung

Eine ASV-Berechtigung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren setzt die vollständige Erfüllung der in der Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen voraus.

Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

a) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 behandeln, die in Nummer 5.1 genannten Anforderungen, oder

b) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln, die in Nummer 5.2 genannten Anforderungen.

Die vollständige Erfüllung der übrigen Anforderungen dieser Anlage ist jeweils beim zuständigen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und nachzuweisen.

5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Nummer 1.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- PET; PET/CT
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Urologie
- Viscerälchirurgie

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 60 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.1 des Appendix aufgeführt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Nummer 1.2) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach Nummer 3.2 Buchstabe q

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 250 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 des Appendix aufgeführt.

6 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Nummer 5.

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Appendix „gynäkologische Tumoren“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie benötigen.

Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie, ausgenommen eine endokrine Therapie, und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C48.0 Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C60.- Bösartige Neubildung des Penis
C61 Bösartige Neubildung der Prostata
C62.- Bösartige Neubildung des Hodens
C63.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane
C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66 Bösartige Neubildung des Ureters
C67.- Bösartige Neubildung der Harnblase
C68.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

2 Behandlungsumfang

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall, Doppler Nierenvenen, intravenöse Urographie einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, Zystoskopie, Rektoskopie, Proktoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung, digital-rektale und vaginale Untersuchung)
- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Punktionen, Biopsie (TUR-Blase)
- Tumorstaging
- Urodynamik

Behandlung
- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Urostoma
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Portanlagen
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Wundversorgung
- Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie (BCG auch als Instillationstherapie bei Blasenkarzinom), Lasertherapie, soweit im EBM abgebildet

Beratung
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- Inkontinenzberatung
- zu humangenetischen Fragestellungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Gespräch im Zusammenhang mit einer peroralen zytostatischen Tumortherapie (excl. ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkender Substanzen (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie))
- ^{68}GA-PSMA-PET;PET/CT
  Bei Patienten mit einem PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert >0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg von >2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines lokalisierten Prostatakarzinoms, falls die Lokalisation des Rezidivs durch eine MRT-Untersuchung des Beckens nicht möglich war und für den Patienten eine Operation oder Strahlentherapie im Falle eines lokalen Rezidivs in Betracht kommt.
- PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Urologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Urologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

Diese Richtlinien-Version ist [illegible]er in Kraft.

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Urologie

   Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kr

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „urologische Tumoren“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

b) rheumatologische Erkrankungen

Teil 1: Erwachsene

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer rheumatologischen Erkrankung sowie deren Behandlung, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

D68.6 Sonstige Thrombophilien
D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
D69.0 Purpura anaphylactoides
D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*
D89.1 Kryoglobulinämie
E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
M02.1- Postenteritische Arthritis
M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
M08.- Juvenile Arthritis
M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M13.- Sonstige Arthritis
M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8
M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
M31.3 Wegener-Granulomatose
M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis
M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
M32.- Systemischer Lupus erythematodes
M33.0 Juvenile Dermatomyositis
M33.1 Sonstige Dermatomyositis
M33.2 Polymyositis

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

M34.- Systemische Sklerose
M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
M35.2 Behçet-Krankheit
M35.3 Polymyalgia rheumatica
M35.4 Eosinophile Fasziitis
M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†)
M45.0- Spondylitis ankylosans
M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik
- Allgemeine (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie, Herzkatheteruntersuchung)
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z. B. Augendruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angiographie, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie, Endoskopie der Nasennebenhöhlen)
- Humangenetische Untersuchungen
- Intracutantest (Tuberkulintest)
- Kapillarmikroskopie
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse) einschließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörperbestimmung, humorale und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG)
- Nierenfunktionsdiagnostik
- Pulmonale Funktionsdiagnostik

Behandlung
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Radiosynoviorthesen
- Schmerztherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusion von Blutkomponenten
- UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

Beratung
- zu Diagnostik und Behandlung
- zur Ernährung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises ergänzt werden
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind
- PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz
- Bei jungen Erwachsenen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in das erwachsenenorientierte Versorgungsystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung in enger Zusammenarbeit mit dem bisher betreuenden Kinderarzt
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

a) Teamleitung
- Innere Medizin und Rheumatologie

b) Kernteam

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich zu nennen.
   Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.
c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:

1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
2. Körperlicher Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und
4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).

Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Teil 2: Kinder und Jugendliche

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen rheumatologischer Erkrankungen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

D68.6 Sonstige Thrombophilien
D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
D69.0 Purpura anaphylactoides
D86.0 Sarkoidose der Lunge
D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
D86.3 Sarkoidose der Haut
D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*
E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme
M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
M02.1- Postenteritische Arthritis
M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
M08.- Juvenile Arthritis
M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M13.- Sonstige Arthritis
M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8
M30.0 Panarteriitis nodosa
M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
M30.2 Juvenile Panarteriitis
M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]
M31.3 Wegener-Granulomatose
M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
M32.- Systemischer Lupus erythematodes
M33.0 Juvenile Dermatomyositis
M33.1 Sonstige Dermatomyositis

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

M33.2 Polymyositis
M34.- Systemische Sklerose
M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
M35.2 Behçet-Krankheit
M35.4 Eosinophile Fasziitis
M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
M45.0- Spondylitis ankylosans
M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

2 Behandlungsumfang

Es gilt der im Teil 1 Erwachsene geregelte Behandlungsumfang, soweit diese Prozeduren bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.

Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:

- Humangenetische Untersuchungen
- Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration.

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

Bei Jugendlichen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in ein erwachsenenorientiertes Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung unter Koordination eines Kinderrheumatologen.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

a) Teamleitung

- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie

b) Kernteam

- Augenheilkunde
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie

  Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich
  - kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Es gelten die im Teil 1 Erwachsene geregelten Anforderungen.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.4 Mindestmengen

Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

A15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert

A16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert

A17.- Tuberkulose des Nervensystems

A18.- Tuberkulose sonstiger Organe

A19.- Miliartuberkulose

A31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien

sowie Z20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention.

2 Behandlungsumfang

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Punktionen, Biopsien
- Laboruntersuchungen (z. B. phänotypische Resistenztestung, ausgewählte molekularbiologische Schnellresistenztestverfahren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Blutgasanalyse
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG-Untersuchungen)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT-/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Tuberkulintest
- Lungenfunktionsmessungen
- Endoskopie des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes, des Urogenitaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. laryngoskopische und bronchoskopische Untersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, Urethrozystoskopie)
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Prüfung des Farbsinns, Funduskopie)
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Hörschwellenbestimmung, Tonschwellenaudiometrie, Sprachaudiometrie)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen Materials
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik

Behandlung
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Medikamentöse Therapien, inklusive Infusionstherapie und ggf. kontrollierte Medikamenteneinnahme (inklusive DOTS=directly observed treatment short course)
- Chemoprophylaxe/Chemoprävention
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Schmerztherapie
- Behandlung in Notfallsituationen
- Punktion und Drainagetherapie
- Transfusionen
- Wundversorgung
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Anlage von fixierenden Verbänden
- Bougierung der Harnröhre
- Einlage von Schienenkathetern
- Einlage von Blasenkathetern
- Physikalische Therapie inklusive Inhalationstherapie
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Einleitung der Rehabilitation

Beratung
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Infektionsschutzmaßnahmen
- zu Medikamentengabe, Nebenwirkungen und Resistenzen
- zu sozialen Beratungsangeboten, auch zu Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
  - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder
  - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie:
  - Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neurologie
- Pathologie
- Laboratoriumsmedizin und
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende hinzuzuziehende Fachärztinnen oder Fachärzte benannt werden:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS–Behandlung bestehen,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

c) eine räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose bzw. nachgewiesener Multiresistenz gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 20 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

b) Mukoviszidose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

E84.- Zystische Fibrose

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allergiediagnostik (z. B. Intracutantest)
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. ERCP), des Respirationstraktes (z. B. Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage) und der Nasennebenhöhlen
- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung bei einer Patientin und bei einem Patienten entnommenen Materials
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Audiometrie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz)
- Pulmonale Funktionsdiagnostik
- Schweißtest
- Tuberkulintest

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen; die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen
- zur Prävention von Infektionen und zur Besiedlung mit pathogenen Keimen (z. B. PSAE, MRSA, Cepacia-Komplex; Aspergillen)

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatzweiterbildungen verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Kardiologie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Pathologie
- Radiologie
- Urologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich

- eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder Endokrinologie und -diabetologie
- eine Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie
   - Ernährungstherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.
Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „Mukoviszidose“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

h) Morbus Wilson

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

E83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- Biopsien und Punktionen
- Elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale)
- Endoskopie des Gastrointestinaltrakts einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, zytologische und histologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- Mutationsdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien
- Physikalische Therapie
- Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind (z. B. Spaltlampenuntersuchung)
- Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson erfolgt in einem interdisziplinären Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie zu benennen.

Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie, für

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass
eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- Transplantationszentren (Leber)
- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Keine.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Appendix „Morbus Wilson“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

k) Marfan-Syndrom

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

Q87.4 Marfan-Syndrom und
verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können, z. B.

- Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,
- Loeys-Dietz-Syndrom

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG-Untersuchungen) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung, Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsmessungen
- Orthopädische Funktionsdiagnostik

Behandlung

- Anlage von fixierenden Verbänden
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Sexualberatung und Familienplanung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Herzchirurgie oder
- Innere Medizin und Kardiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie benannt werden.

b) Kernteam

- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik
- Innere Medizin und Pneumologie

  Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie als Teammitglied benannt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

  Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Physiotherapie

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „Marfan-Syndrom“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

l) pulmonale Hypertonie

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie
I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

entsprechend der Nizza-Klassifikation

- Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1‘ oder 1‘‘ der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 5.1 oder der Klasse 5.3 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne Klasse 3.2, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat), 5.2 oder der Klasse 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf

2 **Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale [TEE] und transthorakale [TTE] Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheter [gegebenenfalls mit pharmakologischer Testung])
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchung, Sonographie, Dopplеruntersuchung, Ventilations-Perfusions-Szintigraphie, CT, MRT, Pulmonalarterienangiographie, Myokardszintigraphie)
- Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes
- Endoskopie des Respirationstraktes
- Humangenetische Untersuchungen (z. B. BMPR2, ALK1)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. Blutgasanalyse)
- Lungenfunktionsmessungen (z. B. Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Kohlenmonoxid [DLCO])
- Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen
- Spiroergometrie

Behandlung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlung in Notfallsituationen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen.

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Kardiologie oder
- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder eine

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie oder Kinder-Rheumatologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

   - Transplantationszentren (Lunge, Herz)
   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:

   - Innere Medizin und Kardiologie
   - Innere Medizin und Pneumologie

   Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Bei pulmonaler Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „pulmonale Hypertonie“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1.1 Primär biliäre Cholangitis (PBC)

K74.3 Primäre biliäre Zirrhose

K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose (auch Idiopathic adulthood ductopenia Syndrom (IAD) und Vanishing bile duct Syndrom)

K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet

1.2 Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

K83.0 Cholangitis

1.3 Autoimmunhepatitis (AIH)

K75.4 Autoimmune Hepatitis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete)

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie benannt werden.

b) Kernteam

- Zusätzlich zur Teamleitung: Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

   - Transplantationszentren (Leber)
   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

   - Innere Medizin und Gastroenterologie

   Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer 1 genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. September 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2018.

Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.