

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Sonderregelung für Subspezialisierungen in Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Vom 18. Juni 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2015 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BANz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt geändert am TT. Monat 2015 (BANz AT TT.MM.JJJJ Vx), wie folgt zu ändern:

I. Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren wird wie folgt geändert:

1. Ziffer 1.2 wird wie folgt geändert:

- a) Vor den Wörtern „C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof“ wird die Überschrift „1.2.1 Mammakarzinom“ eingefügt.
- b) Vor den Wörtern „C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus“ wird die Überschrift „1.2.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ eingefügt.

2. In Ziffer 3.2 Buchstabe b werden nach den Wörtern „einer Rufbereitschaft von“ die Wörter „einer bzw. einem der“ eingefügt.

3. Nach Ziffer 4 wird folgende Ziffer 5 eingefügt:

„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 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen voraus.

Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

a) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Ziffer 1.2.1 behandeln, die unter Ziffer 5.1 genannten Anforderungen,

oder

b) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Diagnosen entsprechend Ziffern 1.1 und 1.2.2 behandeln, die unter Ziffer 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 Ziffer 1.2.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 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
- Visceralchirurgie

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 50 Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58

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

5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Ziffern 1.1 und 1.2.2) setzt die Erfüllung der in Anlage 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 3.2. r)

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 200 Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kode C50

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

4. Die bisherige Ziffer 5 wird Ziffer 6.
5. In der neuen Ziffer 6 wird in der Präambel nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:
„Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Ziffer 5.“
6. Im Appendix Abschnitt 2 wird in der lfd. Nr. 6 in der Spalte „Bezeichnung der Leistung“ das Wort „Kostenpauschale“ durch die Wörter „Kostenpauschalen 86514 bzw.“ ersetzt.

7. Dem Appendix wird folgender Abschnitt 3 angefügt:

„Abschnitt 3 Sonderregelungen gemäß Ziffer 5

Abschnitt 3.1 Sonderregelung gemäß Ziffer 5.1

Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.2.1) gehören folgende GOP nicht zum Behandlungsumfang:

| GOP | GOP-Bezeichnung |
|------------|---|
| 08310 | Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz |
| 08311 | Urethro(-zysto)skopie |
| 08333 | Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie |
| 08334 | Zuschlag für die Polypenentfernung |
| 08341 | Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung |
| 13421 | Zusatzpauschale Koloskopie |
| 13422 | Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie |
| 13423 | Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422 |
| 25330 | Moulagen- oder Flabtherapie |
| 25331 | Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie |
| 25332 | Intrakavitäre vaginale Brachytherapie |
| 32390 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 - CA 125 |
| 32394 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 - CA 72-4 (TAG 72) |
| 33043 | Uro-Genital-Sonographie |
| 34256 | Urethrozystographie oder Refluxzystogramm |

Abschnitt 3.2 Sonderregelung gemäß Ziffer 5.2

Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Ziffern 1.1 und 1.2.2) gehören folgende GOP nicht zum Behandlungsumfang:

| GOP | GOP-Bezeichnung |
|------------|--|
| 08320 | Mammastanzbiopsie |
| 32391 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 - CA 15-3 |
| 33041 | Mamma-Sonographie |
| 34270 | Mammographie |
| 34271 | Zuschlag Markierung, Stanzbiopsie |
| 34272 | Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik) |
| 34273 | Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates |

- 34274 Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270
- 34275 Durchführung einer Mammographie in einer Ebene
- 40454 Sachkosten im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34274
- 40455 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für Markierungsclips

Die laufende Nummer 3 im Abschnitt 2 des Appendix (Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse) gehört nicht zum Behandlungsumfang.“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Juni 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Änderungsbeschluss