

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 22. Januar 2015 in der Fassung des Beschlusses vom 18. Juni 2015 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Vom 17. Dezember 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 beschlossen, seinen Beschluss vom 22. Januar 2015 in der Fassung des Beschlusses vom 18. Juni 2015 zur Änderung der 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 T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ Bx) wie folgt zu ändern:

I. Der Beschluss wird in Nummer I. wie folgt geändert:

1. Ziffer 1 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ wird wie folgt gefasst:

„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
- 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 [Fallopio]
- 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. Ziffer 2 „2 Behandlungsumfang“ wird wie folgt geändert:

- a) Unter der Zwischenüberschrift „Behandlung“ wird nach den Wörtern „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ im fünften Gliederungsstrich die Angabe „PET/PET-CT“ durch die Angabe „PET; PET/CT“ ersetzt.
- b) Unter der Zwischenüberschrift „Behandlung“ wird nach den Wörtern „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ der sechste Gliederungsstrich wie folgt gefasst:
 - „- 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 > 1cmmit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - o G2 oder
 - o Ki-67 > 10% < 30 %aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
 - o G3 oder
 - o Ki-67 > 30 %.

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

3. Ziffer 3.1 „3.1 Personelle Anforderungen“ wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt“ durch die Wörter „interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL“ ersetzt.
- b) In Buchstabe b) „b) Kernteam“ wird nach dem Spiegelstrich „- Strahlentherapie“ folgender Satz angefügt:

„Berechtig 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) Der Satz „Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.“ wird gestrichen.

4. Ziffer 3.2 „3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen“ wird wie folgt geändert:

In Buchstabe b wird das Wort „Ärzten“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.

5. Ziffer 3.3 „3.3 Dokumentation“ wird wie folgt geändert:

Im Klammerzusatz hinter dem Komma wird die Angabe „TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC“ durch die Angabe „TNM-Status, ER-Status, Her2-Status“ ersetzt.

6. Ziffer 3.4 „3.4 Mindestmengen“ wird wie folgt neu gefasst:

„Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mindestens 250 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam mindestens 60 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58 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 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.

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

7. Ziffer 4 „4 Überweisungserfordernis“ wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

8. Ziffer 5 „5 Sonderregelung für Subspezialisierung“ wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „Anlage 1“ durch die Angabe „Anlage 1.1“ ersetzt.
 - b) In Buchstabe a wird die Angabe „entsprechend Ziffer 1.2.1“ durch die Angabe „entsprechend Ziffer 1.1“ ersetzt.
 - c) In Buchstabe b wird die Angabe „entsprechend Ziffern 1.1 und 1.2.2“ durch die Angabe „entsprechend Ziffer 1.2“ ersetzt.
9. Ziffer 5.1 „5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom“ wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „gemäß Ziffer 1.2.1“ durch die Angabe „gemäß Ziffer 1.1“ ersetzt und die Angabe „Anlage 1“ durch die Angabe „Anlage 1.1“ ersetzt.
 - b) In der mit „Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:“ eingeleiteten Aufzählung wird der Gliederungspunkt „• PET/PET-CT“ wie folgt gefasst: „• PET; PET/CT“
 - c) Im Gliederungspunkt „Folgende Mindestmengen gelten nicht:“ wird im Spiegelpunkt „die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 50...“ die Angabe „50“ durch die Angabe „60“ ersetzt.
10. Ziffer 5.2 „5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren“ wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „gemäß Ziffern 1.1 und 1.2.2“ durch die Angabe „gemäß Ziffer 1.2“ und die Angabe „Anlage 1“ durch die Angabe „Anlage 1.1“ ersetzt.
 - b) Im Gliederungspunkt „Folgende Mindestmengen gelten nicht:“ wird im Spiegelpunkt „die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 200...“ die Angabe „200“ durch die Angabe „250“ ersetzt.
11. In Ziffer 6 „6 Appendix ...“ wird in der Präambel nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Die unter „3.1 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.“

II. Der Appendix wird wie folgt gefasst:

„Legende

0	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang.
1	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie *	Strahlentherapie	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	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30710	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30712	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30721	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30722	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30723	Ganglionäre Opioid-Applikation	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30724	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30730	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30731	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30740	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters oder Funktionskontrolle und/oder Wiederauffüllung einer Medikamentenpumpe und/oder eines programmierbaren Stimulationsgerätes	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30750	Ersprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30760	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
IV	30	30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
						Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie *	Strahlentherapie	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	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32060	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Cholesterin gesamt	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32061	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - HDL-Cholesterin	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32062	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - LDL-Cholesterin	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32063	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Triglyceride	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32064	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnsäure	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32065	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnstoff	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32066	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kreatinin (Jaffé-Methode)	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ifd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
		Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	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	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie
1	PET; PET/CT - Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder V.a. Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen bzw. einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei V.a. Fernmetastasierung auch Knochenzintigraphie) 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.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
2	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
3	Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
4	Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (entsprechend "2 Behandlungsumfang")	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
5	Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
		Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	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	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	
6	Zusätzlicher Aufwand für Behandlung und/oder Betreuung einer Patientin bzw. eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie (entsprechend der Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und / oder Betreuung für andere Fachgebiete im Abschnitt 1, z. B. GOP 08345 des EBM)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	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))	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung einer Patientin bzw. eines Patienten	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Vorbereitet durch die Prüfung durch das BMG

Ifd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
		Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	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	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	
10.1	Zuschlag 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)	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10.2	Zuschlag 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)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG

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 1.1) 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 Ziffer 1.2) 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 4 im Abschnitt 2 des Appendix (Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse) gehört nicht zum Behandlungsumfang. "

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG

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

Berlin, den 17. Dezember 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG