

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 15. Dezember 2016 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe b Rheumatologische Erkrankungen Appendix Erwachsene/Appendix Kinder und Jugendliche und weitere Änderungen

Vom 21. Dezember 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2017 beschlossen, seinen Beschluss vom 15. Dezember 2016 über die Änderung der Anlage 1.1 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 20. Juli 2017 (BANz AT 10.10.2017 B2), wie folgt zu ändern:

I. Der Beschluss wird in Nummer 1 wie folgt geändert:

1. Teil 1: Erwachsene wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ wird nach der Angabe „M35.2 Behçet-Krankheit“ die Angabe „M35.3 Polymyalgia rheumatica“ eingefügt.

b) In Nummer 2 „2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ werden im Spiegelstrich „Humangenetische Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber“ die Wörter „zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber“ gestrichen.

c) In Nummer 2 „2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ unter „Diagnostik“ wird nach dem Spiegelstrich „- 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“ folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Bei jungen Erwachsenen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in das erwachsenenorientierte Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung in enger Zusammenarbeit mit dem bisher betreuenden Kinderarzt“

d) Der Nummer 3.1 „3.1 Personelle Anforderungen“ „b) Kernteam“ wird folgender Satz angefügt:

„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.“
- e) In Nummer 3.1 „3.1 Personelle Anforderungen“ unter „c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte“ werden nach dem Wort „Humangenetik“ ein Komma und die Wörter „nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber“ eingefügt.
- f) Nummer 5 „5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird wie folgt gefasst:

„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.

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.

2. Teil 2: Kinder und Jugendliche wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „2 Behandlungsumfang“ werden im Spiegelstrich „- Humangenetische Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom“ die Wörter „zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom“ gestrichen.

b) Der Nummer 3.1 „3.1 Personelle Anforderungen“ „b) Kernteam“ wird folgender Satz angefügt:

„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) In Nummer 3.1 „3.1 Personelle Anforderungen“ „c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte“ werden nach dem Wort „Humangenetik“ ein Komma und die Wörter: „nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom“ eingefügt.

d) Nummer 5 „5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird wie folgt gefasst:

„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.

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.

Änderungsbeschluss

Bereich		Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam																	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
							Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	Augenheilkunde	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionspidemiologie	Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Radiologie					
II	01	1.1		Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
II	01	1.1		Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
II	01	1.1		Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01102	Inanspruchnahme an Samstagen	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
II	01	1.2		Gebührenordnungsspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst	01220	Reanimationskomplex	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
II	01	1.2		Gebührenordnungsspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst	01221	Zuschlag Beatmung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
II	01	1.2		Gebührenordnungsspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst	01222	Zuschlag Defibrillation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
II	01	1.4		Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telebische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01410	Besuch	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
II	01	1.4		Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telebische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01411	Dringender Besuch I	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
II	01	1.4		Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telebische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01412	Dringender Besuch II	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
II	01	1.4		Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telebische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
II	01	1.4		Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telebische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
II	01	1.4		Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telebische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
II	01	1.4		Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telebische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

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 G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Dezember 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Änderungsbeschluss