

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:

Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Vom 17. Dezember 2015

Inhalt

1	Rechtsgrundlage	2
2	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Aufbau.....	3
2.2	Zu den Regelungen im Einzelnen.....	3
2.2.1	Konkretisierung der Erkrankung.....	3
2.2.2	Behandlungsumfang.....	5
2.2.3	Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität.....	7
2.2.3.1	Personelle Anforderungen.....	7
2.2.3.2	Sächliche und organisatorische Anforderungen.....	9
2.2.3.3	Dokumentation.....	10
2.2.3.4	Mindestmengen.....	10
2.2.4	Überweisungserfordernis.....	12
2.2.5	Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM).....	13
3	Bürokratiekostenermittlung.....	18
4	Verfahrensablauf.....	18
5	Fazit.....	24
6	Zusammenfassende Dokumentation.....	25

1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).

2 Eckpunkte der Entscheidung

Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) gibt den formalen Rahmen für den neuen Versorgungsbe-
reich vor und regelt die Anforderungen an die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen
und Patienten im Rahmen der ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisie-
renden schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen,
seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten.

Im nächsten Schritt werden die jeweiligen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen
nun über die entsprechenden ICD-Kodes konkret benannt und der krankheitsspezifische
Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssiche-
rung bestimmt.

Ausgangspunkt der Überarbeitung sind dabei die bestehenden Konkretisierungen in der
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Kran-
kenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL).

Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den jewei-
ligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen
auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL. Hinsichtlich der aus der ABK-RL
überführten Regelungsinhalte wird auf die Beschlussfassung des G-BA über die Konkretisie-
rung der gynäkologischen Tumoren in der ABK-RL vom 17. Januar 2008 und die hierzu ver-
öffentlichten [Tragenden Gründe](#) verwiesen.

Soweit Abweichungen von der ABK-RL aus einer Verschiebung der Regelungen aus der
Konkretisierung in den neuen Richtlinien text resultieren (z.B. Studienteilnahme, Zusammen-
arbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Qualitätssicherung, einige sächliche und
organisatorische Anforderungen) wird auf die [Tragenden Gründe](#) zur Beschlussfassung des
G-BA über die ASV-RL am 21. März 2013 verwiesen.

Um auch Einrichtungen mit einer Spezialisierung zur Behandlung bestimmter gynäkologi-
scher Tumoren (z.B. Brustzentren) die Teilnahme an der ASV zu ermöglichen, wird differen-
ziert zwischen der Versorgung von Mammakarzinomen und sonstigen gynäkologischen Tu-
moren.

Hierzu werden die Mindestmengen entsprechend ausgewiesen.

An ASV-Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-Kode
C50 behandeln, werden andere personelle und strukturelle Anforderungen gestellt, als an
ASV-Teams, die ausschließlich Patientinnen mit der Diagnose ICD-Kodes C51-58 behandeln
bzw. auch an ASV-Teams, die das gesamte Spektrum abdecken. Ebenso wird der Behand-
lungsumfang (einschließlich der im Appendix aufgeführten Leistungen) entsprechend diffe-
renziert.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sind am 23. Juli 2015 Änderungen
des § 116b SGB V in Kraft getreten. Mit der Änderung von § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer
1 entfällt u.a. für die onkologischen Erkrankungen die Voraussetzung, dass die ASV nur bei
schweren Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erbracht
werden darf. Die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-

RL) wurde mit dem Beschluss vom 17. Dezember 2015 entsprechend den geänderten gesetzlichen Vorgaben angepasst.

2.1 Aufbau

Wie in der ABK-RL werden auch in der ASV-RL die onkologischen Erkrankungen in einzelne Tumorgruppen ausdifferenziert.

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wird bei den onkologischen Erkrankungen nunmehr nicht in einen allgemeinen und besonderen Teil unterschieden, um den strukturellen Aufbau der erkrankungsspezifischen Regelung zu vereinfachen. Der Behandlungsumfang wird nun differenziert nach Diagnostik, Behandlung und Beratung dargestellt.

Die Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der ASV-RL ist wie folgt gegliedert:

- 1 *Konkretisierung der Erkrankung*
 - 1.1 *Mammakarzinom*
 - 1.2 *Sonstige gynäkologische Tumoren*
- 2 *Behandlungsumfang*
 - *Diagnostik*
 - *Behandlung*
 - *Beratung*
- 3 *Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität*
 - 3.1 *Personelle Anforderungen*
 - a) *Teamleitung*
 - b) *Kernteam*
 - c) *Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte*
 - 3.2 *Sächliche und organisatorische Anforderungen*
 - 3.3 *Dokumentation*
 - 3.4 *Mindestmengen*
- 4 *Überweisungserfordernis*
- 5 *Sonderregelung für Subspezialisierung*
 - 5.1 *ASV-Sonderregelung Mammakarzinom*
 - 5.2 *ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren*
- 6 *Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)*
 - *Präambel*
 - *Abschnitt 1*
 - *Abschnitt 2*
 - *Abschnitt 3*
 - *Abschnitt 3.1 Sonderregelung gemäß Ziffer 5.1*
 - *Abschnitt 3.2 Sonderregelung gemäß Ziffer 5.2*

2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in einer eigenen erkrankungsspezifischen Anlage dargestellt.

kungsspezifischen Regelung festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen werden soll.

ICD-Kodes, die Tumoren ausschließlich am Rumpf oder sekundäre bösartige Neubildungen beschreiben, wurden nicht aufgenommen.

Dreistellige ICD-Kodes .9 ohne Organbezug mit der Angabe „nicht näher bezeichnet“ wurden nicht aufgenommen, da die Indikationsstellung für die ASV spezifischerer ICD-Kodes bedarf.

Des Weiteren wurde die ICD-Kode-Liste nach spezifischen Regelungen der ICD 10-GM systematisiert. Die ICD-Diagnosen wurden zur besseren Übersichtlichkeit alphabetisch/numerisch angeordnet.

Die Diagnose DCIS (D05.1) war auch schon in der ABK-RL enthalten, da auch und gerade Patientinnen und Patienten mit diesen Erkrankungen von der speziellen Expertise eines ASV-Teams profitieren.

Um die Besonderheiten in der Gruppe der gynäkologischen Tumoren zu berücksichtigen, wurden krankheitsspezifische Ergänzungen vorgenommen:

Dies betrifft die Aufnahme des Kriteriums der Notwendigkeit einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie in einem interdisziplinären Team.

Vor dem Hintergrund, dass die Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen nicht mehr wie in der ABK-RL in Form eines allgemeinen und eines speziellen Teils erfolgt, sondern tumorgruppenbezogen, war es auch erforderlich, diejenigen ICD-Kodes zu überprüfen, die in der Konkretisierung der ABK-RL unter „*Andere primäre und sekundäre bösartige Neubildungen nach ICD-10-GM können in Abhängigkeit von der Lokalisation und der Art der Behandlung unterschiedlichen der unter oben abgegrenzten Tumorgruppen zugeordnet werden*“ aufgeführt sind. Insofern sind einzelne dieser Kodes nun unter Ziffer 1.2 aufgeführt.

Zur Untergliederung der Diagnosen in Mammakarzinome und andere gynäkologische Tumoren wurden entsprechende Zwischenüberschriften eingefügt. Auf diese Untergliederung wird in der Regelung zur Subspezialisierung unter der Ziffer 5 Bezug genommen.

Unter der Ziffer 5 werden die personellen, sächlich-organisatorischen und Mindestmengenanforderungen sowie die Inhalte des Behandlungsumfangs geregelt, die für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom (5.1) bzw. nur für die Behandlung anderer gynäkologischer Tumoren (5.2) nicht gelten.

Unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ werden Kriterien eingefügt, die den besonderen Krankheitsverlauf definieren.

Entsprechend der Begründung zur Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) bleibt das generelle Merkmal, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, für onkologische Erkrankungen bestehen. Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.

Ist ausschließlich eine endokrine Therapie oder eine routinemäßige Nachsorge-Untersuchung bei ansonsten unkompliziertem Verlauf der Erkrankung indiziert, rechtfertigt dies keine Versorgung in der ASV. Patientinnen und Patienten, die die Voraussetzungen zur Versorgung innerhalb dieser spezifischen Versorgungsform erfüllen, sollen nach abgeschlossener Therapie in die bestehenden fachärztlichen Versorgungsstrukturen zur Durchführung der tumorspezifischen Nachsorge überführt werden. Ein besonderer Bedarf der Weiterversorgung innerhalb der ASV allein zur Durchführung dieser Nachsorge besteht nicht. Sollten im Rahmen

der fachärztlichen Nachsorge Änderungen des Krankheitsverlaufes oder neue medizinische Sachverhalte bei der Patientin oder dem Patienten festgestellt werden, die den Voraussetzungen der Versorgung gemäß ASV-RL entsprechen, ist die Wiederaufnahme in die ASV möglich.

2.2.2 Behandlungsumfang

Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V ist der Behandlungsumfang für die drei Ebenen des Behandlungsteams zu bestimmen.

Ausgangspunkt der Definition des Behandlungsumfanges waren die indikationsspezifischen Konkretisierungen des Behandlungsauftrages der ABK-RL, die grundsätzlich übernommen und, soweit erforderlich, ergänzt und redaktionell überarbeitet wurden.

Bei der Aufzählung unter „2 Behandlungsumfang“ handelt es sich um eine allgemeine Aufzählung der möglichen Diagnostik- und Therapieleistungen, die eine Patientin bzw. ein Patient in der ASV erwarten kann.

Die vollständige und abschließende Aufzählung der Leistungen sowie die Zuordnung zu den an der ASV beteiligten Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzogen.

Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend aufgeführt. Die Leistungen außerhalb des EBM werden ergänzend benannt.

Behandlung

Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen (z. B. eines Diabetes mellitus) und von Behandlungsspätfolgen (z. B. durch Chemotherapie induzierte Neuropathien).

Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 4 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL erfüllt sind.

Im Behandlungsumfang wurde die Vorgabe „psychologische Beratung und psychotherapeutische Beratung und Betreuung“ in „Psychotherapeutische Beratung und Betreuung“ spezifiziert.

Die Information über psycho-soziale Beratungs- und Betreuungsangebote (z.B. bei Krebsberatungsstellen)“ wurde aus Gründen der Systematik unter dem Punkt Beratung verortet.

Angesichts der Besonderheiten der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren kann bei diesen die Beratung zu Fragen der Sexualität oder der Familienplanung u.U. wegen krankheits- und/oder therapiebedingter Folgen notwendig sein.

Die routinemäßige Betreuung einer Schwangerschaft im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ist hingegen im Rahmen der ASV nicht vorgesehen, sondern sollte wie üblich bei der entsprechend spezialisierten Fachärztin bzw. bei dem entsprechend spezialisierten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Regelversorgung erfolgen.

Der mögliche Leistungsumfang der ASV ist nicht auf den des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschränkt. Vielmehr können Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Gegenstand des Leistungsumfanges der ASV sein, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Mit der Benennung von „Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM“ sind, folgt der G-BA an dieser Stelle diesen Gestaltungsmöglichkeiten.

Die „S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ (AWMF-Registernr. 032/035OL; Version 1.1; Stand 06/2013) erläutert, dass in bestimmten klinischen Konstellationen Vorteile bei Durchführung der PET; PET/CT zur Rezidivdiagnostik gesehen werden können. Vor diesem Hintergrund wurde PET; PET/CT bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder bei Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen bzw. einer Peritonealkarzinose im Rahmen der Diagnostik in die ASV aufgenommen, sofern im Einzelfall 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, die Patientenprognose und/oder die Lebensqualität erwartet werden kann.

Die psychoonkologische Betreuung von Tumorpatientinnen und Tumorpatienten stellt eine wichtige Therapiesäule dar, die an Krankenhäusern, Hochschulambulanzen, im ambulanten vertragsärztlichen Bereich und in der onkologischen Rehabilitation fest verankert ist.

Die medizinisch-therapeutischen Leistungsbestandteile im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung sind durch eine Vielzahl von GOP des EBM, die durch approbierte Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen abgerechnet werden können, berücksichtigt.

Hierzu gehören unter anderem GOP, die folgende Leistungsinhalte aufweisen:

- differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände,
- verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (bis zu dreimal pro Tag berechnungsfähig),
- psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung,
- psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung),
- psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung),
- übende Verfahren (autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen,
- psychodiagnostische Testverfahren.

Somit sind die erforderlichen Maßnahmen der originären Krankenbehandlung im Zusammenhang mit der psychoonkologischen Betreuung über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM, die in den Abschnitt 1 aufgenommen worden sind, umfassend abgebildet.

Die Anwendung einer Genexpressionsanalyse erfolgt im Einzelfall ausschließlich an qualitativ geeigneten Tumorproben des R0-operierten, primären Mammakarzinoms (ohne Fernmetastasen); die Gabe einer neoadjuvanten Systemtherapie schließt die Bereitstellung der Biomarker-Genexpressionsanalyse im Rahmen der ASV aus.

Da die Anwendung von Genexpressionsanalysen zusätzliche Informationen zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom beitragen soll, kommen für die Anwendung nur Patientinnen oder Patienten in Frage, die grundsätzlich für die Gabe einer adjuvanten Standardchemotherapie geeignet sind.

In der Konkretisierung wird der Zugang für Patientinnen und Patienten definiert, die von einem Biomarkertest bei der Entscheidungsfindung profitieren können. Die dort festgelegten Kriterien definieren die Gruppe der Patientinnen und Patienten, mit intermediärem Rückfallri-

siko, bei der die herkömmliche Diagnostik keine ausreichenden Anhaltspunkte für oder gegen eine adjuvante Chemotherapie liefert. Die Entscheidung orientiert sich an qualitativ hochwertigen Leitlinien.

Durch den ausdrücklichen Verweis auf die Beachtung der Qualitätsanforderungen im Zusammenhang mit § 137e SGB V soll sichergestellt werden, dass die nach § 116b Absatz 1 Satz 3 SGB V im Rahmen der ASV grundsätzlich zulässige Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Wahrung der entsprechenden Qualitätsstandards erfolgt. Über die Regelung in § 116b Absatz 1 Satz 3 SGB V findet auch im Rahmen der ASV die Regelung des § 137c SGB V Anwendung. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind demnach im Rahmen der ASV zulässig, soweit der G-BA keine ablehnende Entscheidung im Sinne von § 137c SGB V getroffen hat. Soweit es um die Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne von § 137e SGB V geht, sind die in diesem Zusammenhang geregelten Qualitätsanforderungen dann auch im Rahmen der ASV zu beachten.

Der G-BA hat im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfangs aus der ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie Koordination der Versorgung, Tumorkonferenzen, Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL und palliative Leistungen bislang keine oder keine ausreichende Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Daher erfolgte die Aufnahme dieser Punkte in Abschnitt 2 des Appendix. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hatte man diesem besonderen Umstand durch die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patientinnen und Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte), im Weiteren kurz Onkologie-Vereinbarung genannt, Rechnung getragen. Durch Benennung der Aspekte Koordination der Versorgung, Tumorkonferenzen, Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL und palliative Versorgung an dieser Stelle unterstreicht der G-BA deren besondere Bedeutung auch im Hinblick auf eine sachgerechte Umsetzung der ASV. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterliegt einem anderen gesetzlichen Regelungskontext (§ 37b SGB V) und ist daher nicht Bestandteil des Behandlungsumfangs in der ASV. Gleichwohl kann die SAPV veranlasst werden.

§ 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL ermöglicht § 116b-SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leistungen zu erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b-SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und Patientinnen bzw. Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. Der in der ABK-RL enthaltene Verweis auf Sonderkonstellationen (besondere Fragestellungen) kann daher entfallen.

Beratung

Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich an den Beratungsbedarf bei den einzelnen Tumorgruppen angepasst.

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

Die Regelungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL wurden entsprechend der ABK-RL grundsätzlich übernommen und redaktionell der neuen Teamgestaltung angepasst.

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden in Ziffer „3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität“ unter „3.1 Personelle Anforderungen“ Änderungen an der Ebene der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte vorgenommen.

Die Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden, z. B. Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie bei endokrinen Tumoren, z. B. Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie bei HIV-positiven Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen.“ eignet sich nach Auffassung des G-BA aufgrund seiner eher unspezifischen Ausrichtung nicht für eine Übernahme in die ASV-RL. Der G-BA sah es an dieser Stelle vielmehr als geboten an, hier entsprechende zusätzliche Facharzt-disziplinen für das Behandlungsteam zu benennen. Demzufolge wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams um die Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Urologie sowie für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie ergänzt.

Für die Fachdisziplinen Radiologie und Pathologie wurde eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams (hinzuzuziehende Fachärztinnen bzw. Fachärzte) vorgesehen. Dies stellt nicht in Frage, dass es sich bei diesen beiden Fachdisziplinen auch um wichtige Säulen in der Diagnostik und der Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten mit gynäkologischen Tumoren im Rahmen der ASV handelt. Diese Fachgruppen erbringen ihre diagnostischen Leistungen v.a. als Auftragsleistung (Überweisung) und sind in der Regel weniger in die Behandlung eingebunden, als es der G-BA bei der Beschreibung der Ebene des Kernteams vorsieht.

Dieser Umstand trifft in gleichem Maße für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Laboratoriumsmedizin zu.

Die Konkretisierung der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren sieht vor, dass die palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V) zu dem ASV-Behandlungsumfang zu zählen ist. Zur Sicherstellung dieser Anforderung muss ein Mitglied der in den personellen Anforderungen benannten Facharztgruppen über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen. Damit ist die palliativmedizinische Versorgung abgedeckt und eine Teilnahme von weiteren Fachärztinnen bzw. Fachärzten des fachärztlichen oder hausärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der ASV nicht erforderlich.

In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (z.B. Fachärztin bzw. Facharzt mit Schwerpunkt) abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen bzw. Ärzten, die in dem entsprechenden Fachgebiet schon länger tätig sind, aber naturgemäß die neu eingeführte Spezialisierung als Ausbildungsinhalt nicht erworben haben können, diese Leistungen weiter zu erbringen. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des EBM gemäß § 87 Absatz 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin ohne spezialisierte Facharzt-kompetenz (Schwerpunkt) unter bestimmten Bedingungen ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen erhalten. Auch für andere Facharztgruppen können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Genehmigungen zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen bei entsprechenden Nachweisen erteilt werden. So sind z. B. Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (ohne Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie) mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie zur Teilnahme an der onkologischen Versorgung berechtigt.

Insbesondere erfahrene Fachärztinnen bzw. Fachärzte, die über diesen Weg die Zulassung erworben haben und z. B. im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesman-

telvertrag (BMV-Ä)) seit Jahren onkologische Leistungen erbringen, würden über die derzeitigen Regelungen der ASV-RL von der Teilnahme an der ASV ausgeschlossen werden.

Diese Sonderregelung wurde für Fachärztinnen bzw. Fachärzte des Kernteams getroffen. Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen bzw. Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Deshalb soll die Expertise der o.g. erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die die Genehmigung bis zum 31. Dezember 2015 erhalten haben, mit in die ASV-Behandlung einfließen können. Für die Zukunft wird zur Teilnahme an der ASV der jeweilige Schwerpunkt gefordert.

2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Die Regelungen wurden entsprechend der ABK-RL grundsätzlich in den Beschluss übernommen. Es haben sich folgende Änderungen ergeben:

Die unter Ziffer 3.2 a) geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist.

Die Anforderung, dass u.a. eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)“. Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung wurde aus fachlichen Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Fachärztin bzw. ein Facharzt Rufbereitschaft leisten muss.

Die Formulierung zu Ziffer 3.2 d) wurde der in der ASV-RL nunmehr stringenter vorgenommenen Definition des Behandlungsteams (Teamleitung, Kernteam und hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte) angepasst.

Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sind entsprechend des gesetzlichen Auftrags besonders hohe Anforderungen an die Qualität der Behandlung zu stellen. Hierzu tragen die Tumorkonferenzen bei.

Unter 3.2 q) wurde das Erfordernis aus der ABK-RL für die ASV-RL übernommen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation dergestalt vorliegen muss, dass allen an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzten des Kernteams zeitnah Zugriff auf diese Informationen möglich ist. Dies dient der Sicherstellung der Behandlungsqualität und kann z.B. in Form einer am Ort der Teamleitung für alle Mitglieder des Kernteams einzusehenden gemeinsamen Patientenakte erfolgen. Der zeitnahe Zugriff auf behandlungsrelevante Befunde bzw. Befunddokumentationen im Rahmen der interdisziplinäre Zusammenarbeit im ASV-Team wird als Standard angesehen, da nur so eine umfassende und abgestimmte spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen gewährleistet werden kann. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist dabei sicher zu stellen.

Die spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse erfolgt im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht. Die Anwendung von Genexpressionsanalysen zählt nicht zur generellen Primär- oder

Staging-Diagnostik des Mammakarzinoms. Die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse als zusätzliche Diagnostik hat im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz zu erfolgen. Die Auswertung der Analyseergebnisse der Standarddiagnostik und der Genexpressionsanalyse im Hinblick auf eine Therapieentscheidung erfolgt ebenfalls im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz.

Für die Anwendung, Durchführung und Auswertung der Genexpressionsanalyse sind etablierte Standardprozeduren (SOP) einzuhalten. Die Therapieentscheidung vor Gabe einer adjuvanten Chemotherapie setzt die Prüfung der evidenzbasierten, leitliniengerechten und standardisierten Parameter von patienten- und tumorbedingten Faktoren der Primärdiagnostik voraus. Die Patientin bzw. der Patient ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zur adjuvanten Chemotherapie, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären.

2.2.3.3 Dokumentation

Die Dokumentation beinhaltet die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit.

Nach ärztlichem Berufsrecht, bürgerlichem Recht, Strahlenschutzrecht etc. bestehen Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation. Aufgrund des Leistungsanspruchs der Patientinnen und Patienten mit intermediärem Rückfallrisiko bei Mammakarzinom ist neben dem TNM-Status der ER-Status und der Her2-Status zu dokumentieren.

Für eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind darüber hinaus die Behandlungsmaßnahmen und veranlassten Leistungen nachvollziehbar zu belegen.

2.2.3.4 Mindestmengen

Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln.

Durch den im Rahmen der Neufassung des § 116b SGB V veränderten Kreis der für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Frage kommenden Patientinnen und Patienten wurde eine Neuberechnung der Mindestmengen erforderlich.

Die ASV setzt eine besondere Erfahrung und Routine der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte voraus, die mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert wird, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können.

Die Bestimmung der konkreten Mindestmenge in der bisherigen ASV orientierte sich an den Angaben in der ABK-RL, die 330 Behandlungsfälle vorsieht.

Durch Schätzung der Prävalenz von Fällen mit einem besonderen Verlauf unter Einbeziehung national und international verfügbarer epidemiologischer Daten aus Registern und Studien wurde die Mindestmenge auf 310 Behandlungsfälle (250 Behandlungsfälle mit der Diagnose ICD-10 C50 und 60 mit dem ICD- Kode C51-C58) neu berechnet und festgelegt.

Für die Berechnung der kernteambezogenen Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten 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 werden.

Der G-BA hat über eine kernteambezogene Mindestmenge entschieden. Das bedeutet:

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 mit 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.

Hintergrund ist, dass für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit – dem häufiger vorkommenden – Mammakarzinom (ICD-Kode C50) und den – weniger häufigen – anderen gynäkologischen Tumoren (ICD-Kodes C51 bis C58) unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung und Expertisen bestehen.

Da in der ASV beide Patientengruppen gleichermaßen spezialisiert versorgt werden sollen, müssen die Teams über ausreichend Erfahrung in den jeweiligen Versorgungsbereichen verfügen.

Die Bezugsgröße aus der ABK-RL (das Krankenhaus) ist zudem aufgrund der Ausdehnung der § 116b SGB V-Versorgung auf den niedergelassenen Bereich nicht mehr zutreffend. Im Kern ist das Erfordernis an Erfahrung jedoch gleich geblieben, da bei der interdisziplinären Versorgung durch ein ASV-Team jedes Teammitglied auch behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt der Patientin bzw. des Patienten ist.

Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen mitbringen müssen.

Um auch Einrichtungen mit einer Spezialisierung auf die Behandlung bestimmter gynäkologischer Tumoren (z.B. Brustzentren) die Teilnahme an der ASV zu ermöglichen, ist entsprechend der getrennt ausgewiesenen Mindestmengen (250 für ICD-Kode C50 und 60 für ICD-Kodes C51-58) eine differenzierte Konkretisierung erfolgt: An ASV-Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-Kode C50 behandeln, werden andere personelle und strukturelle Anforderungen gestellt als an ASV-Teams, die ausschließlich Patientinnen mit der Diagnose ICD-Kodes C51-58 behandeln bzw. auch an ASV-Teams, die das gesamte Spektrum abdecken. Ebenso wird der Behandlungsumfang (einschließlich der im Appendix aufgeführten Leistungen) differenziert.

Da die nachzuweisenden Daten zum Zeitpunkt der Anzeige häufig noch nicht vorliegen, wird als Nachweiszeitraum „In den zurückliegenden vier Quartalen“ gewählt.

Die ergänzenden Anforderungen an das Kernteam in Ziffer 3.4 Absatz 4 (arztbezogene und facharztgruppenspezifisch differenzierte Mindestmengen), die den Mindestmengen der Onkologie-Vereinbarung entsprechen, bleiben von der Anpassung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz unberührt.

Als ergänzende Anforderung an das Kernteam wurden in Ziffer 3.4 Absatz 4 arztbezogene und facharztgruppen-spezifisch differenzierte Mindestmengen festgelegt, die von mindestens einem Mitglied des Kernteams erfüllt werden müssen. Die hierbei zugrunde gelegten Mindestmengen entsprechen denen der Onkologie-Vereinbarung (§ 3 Voraussetzungen zur Teilnahme).

Um zu gewährleisten, dass das Kernteam über eine ausreichende allgemeine Behandlungsroutine insbesondere bei der intravenösen Chemotherapie verfügt, muss demnach mindestens eine dem Kernteam angehörende Fachärztin bzw. ein dem Kernteam angehörender Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie diese pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt nachweisen. Die Mindestmengen umfassen die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden,

davon 30 Patientinnen und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt. Sofern die ergänzenden Mindestmengen nach Ziffer 3.4 Absatz 4 nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, sondern von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams nachgewiesen werden, sind die Mindestmengen für die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 Patientinnen und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt nachzuweisen. Nachweiszeitraum für die ergänzenden diagnoseunspezifischen Mindestmengen in Ziffer 3.4 Absatz 4 sind die jeweils zurückliegenden vier Quartale.

Anders als die in Ziffer 3.4 verankerte Mindestmenge pro Kernteam und Jahr, die sich diagnosis-spezifisch auf die Behandlung von gynäkologischen Tumoren bezieht, schließen die ergänzenden Mindestmengen-Voraussetzungen in Ziffer 3.4 Absatz 4 alle soliden oder hämatologischen Neoplasien ungeachtet ihrer Verlaufsform mit ein.

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.

2.2.4 Überweisungserfordernis

Da in der ASV zukünftig auch Patientinnen und Patienten mit nicht schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen eingeschlossen werden können – die jedoch gleichwohl einer interdisziplinär abgestimmten Diagnostik und Therapie bedürfen – wird das Stadium der Voll- oder Teilremission ggf. früher erreicht, d.h. die Indikation zur ASV ist eher zu überprüfen.

Kern der ASV ist die interdisziplinäre Versorgung. Auslöser für den interdisziplinären Versorgungsbedarf ist die Feststellung einer gesicherten Tumordiagnose. Damit ist sichergestellt, dass interdisziplinäre Therapieentscheidungen innerhalb der ASV getroffen werden können.

Zu 5 Sonderregelung für Subspezialisierung

Unter der Ziffer 5 werden die personellen, sächlich-organisatorischen und Mindestmengenanforderungen sowie die Inhalte des Behandlungsumfangs geregelt, die für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom (Ziffer 5.1) bzw. nur für die Behandlung anderer gynäkologischer Tumoren (Ziffer 5.2) nicht gelten.

Die Leistungserbringer, die an der ASV teilnehmen möchten, haben nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V die Erfüllung der maßgeblichen Anforderungen unter Beifügung der entsprechenden Belege gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Hierzu gehört entsprechend das Anzeigen der gewählten Subspezialisierung.

Zu 5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom

Bezüglich der Festlegung der Mindestmengen wird auf die Ausführungen unter 2.2.3.4 zu Ziffer „3.4 Mindestmengen“ verwiesen.

Zu 5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

Bezüglich der Festlegung der Mindestmengen wird auf die Ausführungen unter 2.2.3.4 zu Ziffer „3.4 Mindestmengen“ verwiesen.

2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 ASV-RL im Appendix der jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelungen der ASV-RL abschließend und nach Facharztgruppen getrennt definiert.

Dadurch wird der G-BA der ihm vom Gesetzgeber zugeschriebenen Kompetenz gerecht, den Behandlungsumfang zu definieren und die Voraussetzungen geschaffen, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V insbesondere seinen Aufgaben nach § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V nachkommen kann.

Der Appendix ist in drei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend im Abschnitt 1 benannt. Ergänzend werden im Abschnitt 2 die Leistungen aufgeführt, die zum Behandlungsumfang der ASV zählen und bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben. Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Ziffer 5.

Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der krankheitsspezifischen Konkretisierung der ASV-RL. Dabei wurden die EBM-Gebührenordnungspositionen grundsätzlich unter Berücksichtigung der entsprechenden Abrechnungsbestimmungen des EBM sowie unter besonderer Berücksichtigung der für eine Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zugewiesen. Abweichungen ergaben sich aus dem ASV-spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So wurden u.a. der 3. Ebene, die lediglich auf Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden kann, keine Leistungen zugeordnet, die nicht zum Kern des Fachgebietes gehören.

Im Appendix werden die Leistungen den Facharztgruppen zugeordnet, zu deren Leistungsspektrum sie gehören.

Die Facharztgruppen mit spezialisierter Facharztkompetenz sind wie unter „3.1 Personelle Anforderungen“ benannt, aufgeführt.

Welche Leistungen Fachärztinnen und Fachärzte im Rahmen der ASV erbringen dürfen, die über eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung für eine Leistungserbringung in einem schwerpunktbezogenen Fachgebiet verfügen, wird jeweils im Appendix geregelt.

Welche Fassung des EBM bei der Erstellung des Ziffernkranzes heran gezogen wurde, ist jeweils in der Präambel zum Appendix benannt.

Grundlage für den Ziffernkranz „gynäkologische Tumoren“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der mit Wirkung zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Fassung.

Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA 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 G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung unterjährig Anpassungsbedarf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den Regelungsbereich des ergänzten Bewertungsausschusses bis zur abschließenden Änderung des Appendix durch den G-BA ggf. entsprechende Übergangsvorschriften festzulegen.

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

Erstellt wurde eine möglichst vollständige Liste mit allen GOP, die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der erkrankungsspezifischen Regelungen in Frage kommen können. In der **Anlage 5** der Tragenden Gründe findet sich die dem Appendix zugrundeliegende Auflistung der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang. Durch den Einschluss der relevanten GOP soll – insbesondere im Zusammenhang mit einer spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder – eine umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte Wechsel zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese von den vertragsärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der ASV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung des § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

Die Definition der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Appendix erfolgte analog dem Aufbau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in der Konkretisierung vorgesehen sind, die z. B. Koordination der Behandlung, Verfassen von Gutachten oder Erstellen von Kurplänen betreffen, sind innerhalb des EBM im Bereich II abgebildet. Die entsprechenden GOP wurden dem Kernteam zugeordnet, da dieses gemäß § 3 ASV-RL die Aufgabe hat, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu steuern.

Ausgewählte GOP aus diesem Abschnitt wurden auch hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten arztgruppenspezifisch zugeordnet.

Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

Arztgruppenspezifische Leistungen des Bereichs III des EBM wurden entsprechend den Vorgaben des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in der Konkretisierung identifiziert und den entsprechenden Facharztgruppen der drei Ebenen des ASV-Teams zugeordnet.

Die Grundpauschalen wurden den Mitgliedern des Kernteams arztgruppenspezifisch zugeordnet.

Die Grundpauschalen des EBM enthalten die allgemeinen und fachspezifischen Leistungsbestandteile des jeweiligen Fachgebiets zur fachärztlichen Versorgung für einen durchschnittlichen Behandlungsfall im Kollektivvertrag. Im Rahmen der ASV erfolgte die Zuordnung der Grundpauschalen, um behandlungsrelevante allgemeine Leistungen, wie z.B. Anamnese, EKG und Blutabnahme, abzubilden, die im Zusammenhang mit den spezifischen Leistungen erforderlich, jedoch im EBM nicht als Einzelleistungen aufgeführt sind.

In Kapitel 8 EBM werden die Grundpauschalen nicht schwerpunktorientiert unterteilt. Daher können sowohl Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ohne Schwerpunkt als auch Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie Leistungen nach den GOP 08210 - 08212 erbringen.

In Kapitel 13 EBM werden in den Abschnitten 13.2 und 13.3 die Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung (13.2) von den Gebührenordnungsposi-

sitionen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung (13.3) unterschieden. So wird den allgemein internistisch tätigen Ärztinnen und Ärzten eine andere Grundpauschale (GOP 13210 – 13212) zugeordnet als beispielsweise den Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (GOP 13490 - 13492). Vor diesem Hintergrund dürfen Internistinnen und Internisten, die nicht Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sind, denen aber eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung onkologischer Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, auch in der ASV lediglich Leistungen nach den GOP 13210 – 13212 erbringen.

Da in der ASV nach Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren keine Kinder behandelt werden, werden im Appendix die jeweiligen Grundpauschalen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (GOP 13210 und 13490) nicht aufgenommen.

Bereich IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen (unter speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige GOP)

Kapitel 30 Spezielle Versorgungsbereiche

Abschnitt 30.7 Schmerztherapie

Leistungen für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patientinnen bzw. Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Absatz 2 SGB V wurden zur Behandlung von Tumorschmerzen für die Mitglieder des Kernteams und Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Anästhesiologie, die über eine entsprechende Qualifikation (Zusatzweiterbildung spezielle Schmerztherapie) und – sofern es sich um Vertragsärztinnen und Vertragsärzte handelt - über eine Zulassung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung verfügen, aufgenommen (Abschnitt 30.7.1).

Andere schmerztherapeutische Behandlungen (Abschnitt 30.7.2), die nicht o.g. Qualifikation voraussetzen, wurden zusätzlich auch den Fachärztinnen und Fachärzten für Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Nuklearmedizin, Urologie und Viszeralchirurgie zugeordnet.

Kapitel 31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen und Kapitel 36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich

Die Leistungen des ambulanten Operierens (Kapitel 31) unterliegen nicht der ASV sondern sind nach § 115b SGB V geregelt.

Bei der belegärztlichen Behandlung (Kapitel 36) handelt es sich um stationäre Behandlungsfälle.

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

Prinzipieller Umgang mit Leistungen, die nicht an Patientinnen bzw. am Patienten, sondern an Untersuchungsmaterialien erbracht werden wie z. B. Labor- und Pathologieleistungen.

Leistungen, die an Untersuchungsmaterialien durchgeführt werden und klassische Auftragsleistungen darstellen, werden prinzipiell der Ebene 3 zugeordnet.

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die gynäkologische Tumoren in Frage kommen.

Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

Obwohl es sich um allgemeine Laborleistungen handelt, die prinzipiell bei jeder Fachgruppe anfallen und von dieser erbracht werden können, werden diese Leistungen nur den Laborärztinnen bzw. Laborärzten sowie der Teamleitung und dem Kernteam zugeordnet. Begründung: Im Rahmen der ASV können die Leistungserbringer der dritten Ebene nur per Definitions- oder Indikationsauftrag tätig werden. Diese im ASV-Zusammenhang zwingend geforderte Beauftragung sollte an die Fachkompetenz – Stichwort Kern des Fachgebiets – gehen.

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen bzw. Laborärzten zugeordnet.

Kapitel 33 und 34: Zuordnung der Leistungen Ultraschalldiagnostik sowie Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie

Zunächst wurden den Leistungen, die innerhalb des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den erkrankungsspezifischen Regelungen vorgesehen sind, die entsprechenden GOP der Kapitel 33 und 34 zugeordnet. Die Zuordnung von GOP zu den Facharztgruppen der dritten Ebene erfolgte gemäß der jeweiligen Kernkompetenz des Fachgebiets.

Kapitel 35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

Die erkrankungsspezifischen Regelungen sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und Betreuung sowie die Beratung zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. Krebsberatungsstellen) vor. Die psychotherapeutischen Facharztgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und können somit nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

Entsprechend der Leitlinie zur Psychoonkologie erfolgte die Auswahl der Gebührenordnungspositionen im Ziffernkranz aus dem Abschnitt 35.1 zur differenzialdiagnostischen Klärung und weiterführenden psychotherapeutischen Diagnostik ergänzt um psychotherapeutische Interventionen sowie Leistungen aus dem Abschnitt 35.3 Psychodiagnostische Testverfahren.

Antragspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 wurden im Ziffernkranz nicht aufgenommen.

Abschnitt 2:

Für die Aufnahme im Abschnitt 2 des Appendix sind folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, vorgesehen:

In Bezug auf PET; PET/CT-Untersuchungen, die spezifischen Untersuchungen zur Therapiesteuerung und das psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung wird auf die Erläuterungen unter dem Gliederungspunkt „2.2.2 Behandlungsumfang“ verwiesen.

Für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist aus dem fachgruppenspezifischen Kapitel im Abschnitt 1 des Appendix die GOP 23220 des EBM hinterlegt. Da die Leistung auf 15-mal im Behandlungsfall begrenzt ist, wird im Abschnitt 2 des Appendix das Psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall aufgenommen.

Für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist aus dem fachgruppenspezifischen Kapitel im Abschnitt 1 des Appendix die GOP 23220 des EBM hinterlegt. Da sich diese Leistung nur auf Einzelbehandlungen bezieht, wird im Abschnitt 2 des Appendix das „Psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung“ für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgenommen, um die gleiche Leistung, die für andere psychotherapeutisch tätige Fachgruppen

(z.B. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) in den entsprechenden EBM-Kapiteln enthalten ist, zu ermöglichen.

In Bezug auf die molekulargenetischen Untersuchungen wird auf die Erläuterungen unter dem Gliederungspunkt „2.2.2 Behandlungsumfang“ verwiesen.

Die Leistung der „Genexpressionsanalyse“ ist ebenfalls bisher nicht im EBM abgebildet und wird daher vorerst im Abschnitt 2 des Appendix gelistet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich bereits im Rahmen seiner Beschlussfassung zur Anlage 1.1 a) Tumorguppe 1 ASV-RL zur Abbildung spezifischer Leistungen im Rahmen der onkologischen Behandlung an den bestehenden Gebührenordnungspositionen der Onkologie-Vereinbarung orientiert und, soweit erforderlich, dabei auch ergänzende Mindestmengen für einzelne onkologische Behandlungen festgelegt. Hieran hält der G-BA weiterhin fest.

Der G-BA hatte im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfangs aus der ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie z. B. Koordination der Versorgung, Tumorkonferenzen und Qualitätskonferenzen, bislang keine Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Im vertragsärztlichen Bereich werden diese nicht im EBM abgebildeten tumorspezifischen Behandlungsinhalte in der Onkologie-Vereinbarung abgebildet, die darüber hinaus auch personelle und sächliche Voraussetzungen beinhaltet. Demzufolge wird dem besonderen Aufwand der tumorspezifischen Behandlung im Rahmen der ASV durch Aufnahme der folgenden Leistungen in Abschnitt 2 des Appendix Rechnung getragen:

Orientierend an der Onkologie-Vereinbarung wurde in Abschnitt 2 laufende Nummer 5 des Appendix der zusätzliche Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung) aufgenommen. Diese Leistung kann nur von den Mitgliedern des Kernteams erbracht werden, welche die arztbezogenen Mindestmengen nachgewiesen haben.

In Abschnitt 2 laufende Nummer 6 des Appendix wurde der zusätzliche Aufwand für die Behandlung und/oder Betreuung einer Patientin oder eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie (entsprechend Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung für andere Fachgebiete im Abschnitt 1 des Appendix, z.B. GOP 08345 des EBM) aufgenommen.

Damit wurde ergänzend zu den Leistungen entsprechend der Onkologie-Vereinbarung für die Strahlentherapeuten eine Zusatzpauschale für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung aufgenommen, da diese derzeit für dieses Fachgebiet im EBM nicht enthalten ist. Dies ist erforderlich, da diese Facharztgruppe ebenfalls die Teamleitung und damit nach § 3 Absatz 2 Satz 2 ASV-RL die Koordination der Behandlung übernehmen kann, auch wenn sie die arztbezogene Mindestmengenanforderung nicht erfüllt.

In Abschnitt 2 laufende Nummer 7 des Appendix wurde der zusätzliche Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 und 86516 der Onkologie-Vereinbarung) aufgenommen. Diese Leistung kann nur von den Mitgliedern des Kernteams erbracht werden, welche die arztbezogenen Mindestmengen nachgewiesen haben.

Daneben wird der besondere Aufwand insbesondere des Kernteams im Rahmen der ASV noch durch Aufnahme folgender Leistungen in den Abschnitt 2 laufende Nummern 8 bis 9 des Appendix berücksichtigt:

- Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung einer Patientin oder eines Patienten,

- Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL.

In Abschnitt 2 laufende Nummern 10.1 und 10.2 des Appendix wurden zur Beschreibung nicht im EBM abgebildeter Leistungen der Palliativversorgung folgende Leistungen aufgenommen:

- 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 der Patientin bzw. des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV),
- 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 der Patientin bzw. des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV).

Die Überleitung der Patientin bzw. des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV) kann durch alle Mitglieder des interdisziplinären Teams ohne Zusatzweiterbildung Palliativmedizin erfolgen und bedarf nicht der Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments zu Beginn der Palliativbehandlung.

Die Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung (mindestens in Form einer Rufbereitschaft) wurde entsprechend der Vorgaben unter der laufenden Nummer 11 aufgenommen.

Zu Abschnitt 3

Im Abschnitt 3 des Appendix sind unter Benennung der Gebührenordnungsposition (GOP) und der GOP-Bezeichnung die Leistungen aus Abschnitt 1 des Appendix aufgelistet, die bei einer ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom (Abschnitt 3.1) oder nur für die Behandlung von Patientinnen mit anderen gynäkologischen Tumoren (Abschnitt 3.2) nicht zum Behandlungsumfang gehören. Außerdem ist unter Abschnitt 3.2 eine Leistung aus Abschnitt 2 des Appendix (spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse) aufgelistet, die nicht zum Behandlungsumfang bei den anderen gynäkologischen Tumoren gehört.

3 Bürokratiekostenermittlung

Durch den Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Insgesamt belaufen sich die mit diesem Beschluss einhergehenden Bürokratiekosten auf geschätzt 1.477.088 Euro jährlich. Zudem fallen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.880.378 Euro an. Die Darstellung des Vorgehens und der Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in **Anlage 1**.

4 Verfahrensablauf

Im Sommer 2012 begann die AG ASV mit vorbereitenden Beratungen zur Erstellung der Anlagen der ASV-RL.

Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Unterausschuss ASV) hat in seinen Sitzungen am 13. Februar 2013 und 13. März 2013 Eckpunkte zur Erstellung der

Anlagen der ASV-RL beraten und sich u.a. darauf verständigt, Erkrankungen aus dem Bereich der schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen parallel zu bearbeiten. Hierfür wurde eine Reihenfolge der Bearbeitung der ersten Konkretisierungen konsentiert. In der Sitzung des Plenums am 21. März 2013 erfolgte neben der Beschlussfassung über die ASV-RL auch die Beschlussfassung über diese Eckpunkte.

Die AG ASV und die AG ASV-RL-Appendix wurden in der Sitzung des Unterausschusses im Januar 2014 mit der Erarbeitung der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2 der ASV-RL beauftragt.

In der AG ASV bzw. der AG ASV-RL-Appendix wurde ein Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss ASV am 10. September 2014 beraten und die Einleitung des Stimmnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 bzw. 5a SGB V beschlossen (s. untenstehende **Tabelle**). Die Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen wurde nach Vorbereitung durch die AG ASV in der Sitzung des Unterausschusses ASV am 26. November 2014 vorgenommen. In diesem Rahmen fand auch die Anhörung der mündlich Stellungnahmeberechtigten und die Auswertung der mündlichen Stellungnahme statt (s.u. 4.1).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung 22. Januar 2015 die Änderung der ASV-RL: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren beschlossen.

In der Sitzung des Unterausschusses ASV am 11. Februar 2015 wurde ein erster Vorschlag für eine Sonderregelung zu Subspezialisierungen für die ASV bei gynäkologischen Tumoren vorgelegt und beraten. Im Unterausschuss am 14. April 2015 wurde der Vorschlag konsentiert und die Einleitung des Stimmnahmeverfahrens hierzu mit der Bundesärztekammer (BÄK) beschlossen (s.u. 4.2).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung 18. Juni 2015 die Änderung des o.g. Beschlusses vom 22. Januar 2015 beschlossen.

Zur Umsetzung des insbesondere aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz resultierenden Anpassungsbedarfs der Beschlüsse zur Anlage 1 a – 2 (gynäkologische Tumoren) ASV-RL wurde in den zuständigen Gremien beraten und in der Sitzung des Unterausschusses am 9. September 2015 die Einleitung eines weiteren Stimmnahmeverfahrens beschlossen (s.u. 4.3).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Januar 2014	Unterausschuss ASV	Beauftragung der AG ASV, die Beratung zu den erkrankungsspezifischen Regelungen für „gynäkologische Tumoren“ (aus dem Bereich der schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen) gemäß dem Eckpunktebeschluss vom 21. März 2013 aufzunehmen
25. Februar 2014	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
18. März 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
11. April 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
13. Mai 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
18. Juni 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
8. Juli 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
21. Juli 2014	AG ASV-RL-Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs

28. Juli 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
18. August 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
26. August 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
10. September 2014	Unterausschuss ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
16. September 2014	AG ASV	Prüfung des Beschlussentwurfs und Beratung der Tragenden Gründe
6. November 2014	AG ASV	Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
19. November 2014	AG ASV	Beratung zur Bürokratiekostenermittlung
26. November 2014	Unterausschuss ASV	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen, Anhörung der BPtK, Auswertung der mündlichen Stellungnahme Beschlussempfehlung an das Plenum
9. Dezember 2014	AG ASV	Beratung der Tragenden Gründe
22. Januar 2015	Plenum	Beschlussfassung
11. Februar 2015	Unterausschuss ASV	Beratung zur Änderung des Beschlusses vom 22.01.2015 bzgl. einer „Sonderregelung zur Subspezialisierung“
23. Februar 2015	AG ASV	Beratung zur Änderung des Beschlusses vom 22.01.2015
14. April 2015	Unterausschuss ASV	Beratung der Änderungsvorschläge zum Beschluss vom 22.01.2015 und Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens mit der Bundesärztekammer
30. April 2015	AG ASV	Beratung über Änderungen der Beschlüsse zur Anlage 1 a – 2 (gynäkologische Tumoren) ASV-RL
10. Juni 2015	Unterausschuss ASV	Beratung des Vorgehens zur Anpassung des Beschlusses zur Anlage 1 a – 2 (gynäkologische Tumoren)
18. Juni 2015	Plenum	Beschluss über die Änderung des Beschlusses vom 22.01.2015
6. Juli 2015	Außerordentliches Bänkesprechertreffen	Vorbereitende Beratung über die Änderung der Beschlüsse vom 22.01.2015 und vom 18.06.2015
14. Juli 2015	AG ASV	Beratung über die Änderung der Beschlüsse vom 22.01.2015 und vom 18.06.2015
7. August 2015	Außerordentliches Bänkesprechertreffen	Vorbereitende Beratung über die Änderung der Beschlüsse vom 22.01.2015 und vom 18.06.2015
12. August 2015	AG ASV	Beratung über die Änderung der Beschlüsse vom 22.01.2015 und vom 18.06.2015
13. August 2015	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zur Anpassung des Appendix „gynäkologische Tumoren“
9. September 2015	Unterausschuss ASV	Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu den Änderungen der Beschlüsse zu den gynäkologischen Tumoren vom 22.01.2015 und 18.06.2015

22. September 2015	AG ASV	Beratung der Tragenden Gründe
28. September 2015	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zur Anpassung des Appendix „gynäkologische Tumoren“
13. Oktober 2015	AG ASV	Vorbereitung der Auswertung der Stellungnahmen zu den Änderungen der Beschlüsse zur Anlage 1 a – 2 (gynäkologische Tumoren) ASV-RL
28. Oktober 2015	AG ASV-RL-Appendix	Vorbereitung der Auswertung der Stellungnahmen zu den Änderungen der Beschlüsse zur Anlage 1 a – 2 (gynäkologische Tumoren) ASV-RL Beratung zur Anpassung des Appendix „gynäkologische Tumoren“
11. November 2015	Unterausschuss ASV	Auswertung der Stellungnahmen zu den Änderungen der Beschlüsse zur Anlage 1 a – 2 (gynäkologische Tumoren) ASV-RL vom 22.01.2015 und 18.06.2015 und Anhörung der BPtK
24. November 2015	AG ASV	Beratung der Tragenden Gründe
17. Dezember 2015	Plenum	Beschlussfassung

Tabelle: Verfahrensablauf

4.1 Stellungnahmeverfahren gemäß dem Beschluss des Unterausschusses vom 10. September 2014

In der Sitzung des Unterausschusses ASV am 10. September 2014 wurde die Einleitung des vierwöchigen Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 bzw. 5a SGB V zum Entwurf der Anlage 1 a - Tumorgruppe 2 ASV-RL – mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), der Bundesärztekammer (BÄK), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) beschlossen.

Diese nach § 91 Absatz 5 und 5a SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen (**s. Anlage 2a**) wurden mit Schreiben vom 29. September 2014 um ihre Stellungnahmen zum Beschlussentwurf gebeten. Die Frist für die Einreichung von Stellungnahmen endete am 27. Oktober 2014.

Die **Anlage 2b** beinhaltet die Fassung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe, die den stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Stellungnahme vorgelegt wurden.

In der **Anlage 2c** sind die fristgerecht eingereichten Stellungnahmen der BÄK, der BPtK und der BfDI sowie die Rückmeldung der BZÄK aufgeführt.

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion in der zuständigen Arbeitsgruppe beraten und im Unterausschuss ASV am 26. November 2014 ausgewertet (**Anlage 2d**). Aus den Beratungen der schriftlichen Stellungnahmen resultierten Änderungen des Beschlussentwurfs. Diese können mit ihrer Begründung der **Anlage 2c** entnommen werden.

Anhörung der Stellungnahmeberechtigten

Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 3 VerfO dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hatten, wurden zur mündlichen Anhörung eingeladen.

Die BÄK und die BfDI haben am 10. November 2014 bzw. am 11. November 2014 mitgeteilt, dass sie an der Anhörung nicht teilnehmen werden.

Die Anhörung der Stellungnahmeberechtigten erfolgte in der Sitzung des Unterausschusses ASV am 26. November 2014. Folgende Organisation hat an dieser Anhörung teilgenommen:

Bundespsychotherapeutenkammer

Die mündliche Stellungnahme wurde vom Unterausschuss entgegengenommen, fachlich erörtert, ausgewertet und gewürdigt (**Anlage 2d**). Aus der Anhörung resultierten Änderungen des Beschlussentwurfs einschließlich des Appendix. Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten (s. **Anlage 2d**).

4.2 Stellungnahmeverfahren gemäß dem Beschluss des Unterausschusses vom 14. April 2015

In der Sitzung des Unterausschusses ASV am 14. April 2015 wurde die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zum Entwurf der Änderung des Beschlusses des G-BA vom 22. Januar 2015 zur ASV-RL: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren mit der Bundesärztekammer (BÄK) beschlossen. Für dieses Stellungnahmeverfahren wurde unter Hinweis auf den geringen Umfang der inhaltlichen Änderung und auf das Interesse an einer schnellstmöglichen Weiterentwicklung des Beschlusses vom 22. Januar 2015 eine verkürzte Stellungnahmefrist von zwei Wochen festgelegt. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 11. Mai 2015.

Die Durchführung von Stellungnahmeverfahren mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) wurde vom Unterausschuss als nicht erforderlich erachtet, da der vorgesehene Änderungsbeschluss die beruflichen Belange der von diesen Kammern vertretenen Heilberufe nicht berührt und auch keine Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regelt oder voraussetzt.

Die **Anlage 3a** beinhaltet die Fassung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe, die der BÄK zur Stellungnahme vorgelegt wurden.

Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 3 VerfO dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Für den Fall, dass die Bundesärztekammer eine schriftliche Stellungnahme abgibt, die keine umsetzbaren Änderungsvorschläge enthält, hatte der Unterausschuss in seiner Sitzung am 14. April 2015 beschlossen, von einer Anhörung der BÄK abzusehen und den konsentierten Beschlussentwurf ohne erneute Beratung im Unterausschuss dem Plenum in der nächst erreichbaren Sitzung vorzulegen.

Die BÄK hat in ihrer fristgerecht eingereichten Stellungnahme vom 8. Mai 2015 mitgeteilt, dass sie keine Änderungshinweise hat (**Anlage 3b**). Des Weiteren hat sie mit E-Mail vom 18. Mai 2015 (**Anlage 3c**) mitgeteilt, dass sie auf das Recht zur Anhörung verzichtet.

4.3 Stellungnahmeverfahren gemäß dem Beschluss des Unterausschusses vom 9. September 2015

In der Sitzung des Unterausschusses ASV am 9. September 2015 wurde die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 bzw. 5a SGB V zur Änderung der Beschlüsse vom 22. Januar 2015 und vom 18. Juni 2015 zur Anlage 1 a - Tumorgruppe 2 ASV-RL – mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), der Bundesärztekammer (BÄK), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) beschlossen (s. **Anlage 4a**).

Nach der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Gesundheitsausschusses zum GKV-VSG (BT-Drs. 18/5123, S. 131) ergibt sich aus der teilweisen Aufhebung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen Anpassungsbedarf für die vom G-BA nach § 116b Absatz 4 SGB V erlassene Richtlinie, insbesondere für die bisher von ihm beschlossenen Regelungen zur Konkretisierung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, den der G-BA unverzüglich umzusetzen hat. Vor dem Hintergrund dieser vom Gesetzgeber gesehenen Eilbedürftigkeit hat der Unterausschuss abweichend von der regelhaft vierwöchigen Stellungnahmefrist (1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO) eine dreiwöchige Stellungnahmefrist festgelegt, um eine Beschlussfassung über die Änderung der ASV-RL zur Anpassung an das GKV-VSG in der Sitzung des Plenums am 17. Dezember 2015 erreichen zu können.

Die nach § 91 Absatz 5 und 5a SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 16. September 2015 um ihre Stellungnahmen gebeten. Die Frist für die Einreichung von Stellungnahmen endete am 7. Oktober 2015.

Die **Anlage 4b** beinhaltet die Fassung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe, die den stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Stellungnahme vorgelegt wurden.

In der **Anlage 4c** sind die fristgerecht eingereichte Stellungnahme der BPtK und die nicht fristgerechte Stellungnahme der BZÄK aufgeführt. Die BfDI hat mit Schreiben vom 5. Oktober 2015 und die BÄK hat mit Schreiben vom 7. Oktober 2015 mitgeteilt, dass sie keine Stellungnahmen abgeben (s. Anlage 4c).

Die Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppensitzungen am 13. Oktober 2015 und am 28. Oktober 2015 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 11. November 2015 durchgeführt (**Anlage 4d**). Aus den Beratungen der schriftlichen Stellungnahmen resultierten Änderungen des Beschlusssentwurfs. Diese können mit ihrer Begründung der Anlage 4d entnommen werden.

Anhörung der Stellungnahmeberechtigten

Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 1 Verfahrensordnung (VerfO) ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 3 VerfO dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Der Unterausschuss ASV hat in seiner Sitzung am 9. September 2015 beschlossen, alle gemäß § 91 Absatz 5 und 5a SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, zur Anhörung gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 1 VerfO einzuladen.

Die BPtK und die BZÄK wurden nach Abgabe ihrer Stellungnahmen fristgerecht zur Anhörung im Unterausschuss ASV am 11. November 2015 eingeladen. Die BZÄK hat mit E-Mail vom 8. Oktober 2015 mitgeteilt, dass sie auf eine Anhörung verzichtet.

Die Anhörung der BPtK erfolgte in der Sitzung des Unterausschusses ASV am 11. November 2015. Die mündliche Stellungnahme der BPtK wurde vom Unterausschuss entgegenge-

nommen, fachlich erörtert, ausgewertet und gewürdigt (**Anlage 4d**). Aus der Anhörung resultierten keine weiteren Änderungen des Beschlusssentwurfs. Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten (s. **Anlage 4d**).

5 Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 mehrheitlich beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 a – 2 (gynäkologische Tumoren) zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6 Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2a: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 2b: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf gemäß dem vom Unterausschuss am 10. September 2014 beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive dem Entwurf der Tragenden Gründe
- Anlage 2c: Stellungnahmen zum Beschlussentwurf gemäß dem vom Unterausschuss am 10. September 2014 beschlossenen Stellungnahmeverfahren
- Anlage 2d: Auswertung der Stellungnahmen gemäß dem vom Unterausschuss am 10. September 2014 beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive stenographisches Wortprotokoll zur Anhörung
- Anlage 3a: An die BÄK versandter Beschlussentwurf gemäß dem vom Unterausschuss am 14. April 2015 beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive dem Entwurf der Tragenden Gründe
- Anlage 3b: Stellungnahme der BÄK vom 8. Mai 2015
- Anlage 3c: Verzicht der BÄK auf Anhörung vom 18. Mai 2015
- Anlage 4a: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 4b: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf gemäß dem vom Unterausschuss am 9. September 2015 beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive dem Entwurf der Tragenden Gründe
- Anlage 4c: Stellungnahmen der BPtK und BZÄK zum Beschlussentwurf gemäß dem vom Unterausschuss am 9. September 2015 beschlossenen Stellungnahmeverfahren und Rückmeldungen der BfDI und der BÄK
- Anlage 4d: Auswertung der Stellungnahmen gemäß dem vom Unterausschuss am 9. September 2015 beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive stenographisches Wortprotokoll zur Anhörung
- Anlage 5: Appendix „gynäkologische Tumoren“ – Fassung mit den ein- und ausgeschlossenen GOP des EBM

Berlin, den 17. Dezember 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Laut § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II zum 1. Kapitel VerfO identifiziert der G-BA hierzu die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Bei dem vorliegenden Beschluss handelt es sich um eine Konkretisierung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL. Mit diesem Beschluss wird die Anlage 1.1 der ASV-RL zu schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2 hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren ergänzt. Die hier vorliegende Ermittlung der Bürokratiekosten bezieht sich auf die in dieser Konkretisierung enthaltenen Informationspflichten für Leistungserbringer und berücksichtigt darüber hinaus auch die im allgemeinen Paragrafenteil der ASV-RL enthaltenen Informationspflichten, da diese erst im Zusammenhang mit der vorliegenden Konkretisierung ausgewiesen werden können.

Hinsichtlich der Vorgabe in § 15 Satz 2 ASV-RL, wonach die Information der Patienten über die Versorgungsform, das behandelnde interdisziplinäre Team sowie dessen Leistungsspektrum zu dokumentieren ist, wird davon ausgegangen, dass diese Dokumentation der Patienteninformation eine Anforderung mit hohem Sowieso-Kosten-Anteil darstellt. Insofern wird dieser Dokumentationsaufwand als gering eingeschätzt und ist daher an dieser Stelle hinsichtlich der Quantifizierung zu vernachlässigen. Gleiches gilt für die Vorgabe in § 15 Satz 3 ASV-RL, wonach dem Patienten im Rahmen des Überleitungsmanagements eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen ist. Die verpflichtend vorgesehene Registrierung der Patienten in den Krebsregistern der Bundesländer (Nr. 3.2 p)) folgt einer bereits bestehenden gesetzlichen Vorgabe, weshalb hieraus im Zusammenhang mit dem vorliegenden Beschluss keine zusätzlichen Bürokratiekosten für Leistungserbringer entstehen. Die in Nr. 3.2 d) enthaltene Regelung, wonach Teilnehmer und Ergebnisse von interdisziplinären Tumorkonferenzen zu dokumentieren sind, spiegelt etablierte Verfahren und Standards in der Behandlung von Tumorkranken wider. Die damit einhergehenden Dokumentationsaufwände stellen Sowieso-Kosten dar, auf deren Quantifizierung an dieser Stelle verzichtet wird, da in diesem Zusammenhang nicht von einem zusätzlichen, neu entstehenden bürokratischen Aufwand für Leistungserbringer auszugehen ist. Darüber hinaus ergeben sich aus dem Beschluss die nachstehend genannten Informationspflichten.

Insgesamt belaufen sich die mit diesem Beschluss einhergehenden Bürokratiekosten auf geschätzt 1.477.088 Euro jährlich. Zudem fallen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.880.378 Euro an.

1. Anzeigeverfahren

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 ASV-RL haben Leistungserbringer die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. Diese Anzeigepflicht beruht auf der entsprechenden Vorgabe des Gesetzgebers in § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V und löst für Krankenhäuser das Zulassungsverfahren nach § 116b SGB V a.F. ab. Für Vertragsärzte handelt es sich um eine neue Informationspflicht. Durch die Ablösung des bestehenden Zulassungsverfahrens entfallen die entsprechenden Bürokratiekosten für die bisher (bezogen auf die Behandlung von gynäkologischen Tumoren) 90 zur Erbringung ambulanter Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V a.F. zugelassenen Krankenhäuser. Da das nun implementierte Anzeigeverfahren im Vergleich zu den Regelungen des bisherigen § 116b SGB V gänzlich neu eingeführt wird und entsprechende Bürokratiekostenabschätzungen hinsichtlich des alten Zulassungsverfahrens nicht vorliegen, erfolgt an dieser Stelle eine vollständige Bürokratiekostenermittlung der in der ASV-RL und der betreffenden Anlage enthaltenen Informationspflichten.

Das Anzeigeverfahren ist einmalig und für das Team gemeinsam durchzuführen. Nachgewiesen werden müssen dabei die Erfüllung der in der Richtlinie genannten personellen sowie sächlichen und organisatorischen Anforderungen und der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen.

Es wird davon ausgegangen, dass für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens je Team ein zeitlicher Aufwand von 82,8 h (4.970 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	360
Beschaffung von Daten	2.750
Aufbereitung der Daten	180
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	90
Externe Sitzungen	1.440
Kopieren, Archivieren, Verteilen	45
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	90 (360 Min., jedoch bei 25% der Teams)
Insgesamt:	4.970 Minuten

Der Minutenwert für die Beschaffung der notwendigen Daten resultiert aus der Annahme, dass hierfür je Arzt ein zeitlicher Aufwand von zwei Stunden anfällt sowie – insbesondere für den Nachweis sächlicher und organisatorischer Anforderungen – zusätzliche 4,5 Stunden je Team.

Für den Nachweis, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß den Zugriff aller beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht, wird von einem zusätzlichen zeitlichen Aufwand ausgegangen.

Der G-BA geht davon aus, dass hierfür eine juristische und datenschutzrechtliche Expertise einzuholen ist. Eine detaillierte Abschätzung des notwendigen zeitlichen Aufwands pro Team ist auf Grund der unterschiedlichen Strukturen und der hohen Anzahl der unterschiedlichen Umsetzungsvarianten in den jeweiligen Einrichtungen und der hohen Anzahl der unterschiedlichen Umsetzungsvarianten nur schwer möglich, weshalb an dieser Stelle darauf verzichtet wird.

Sofern die Prüfpraxis der erweiterten Landesausschüsse im Rahmen des Anzeigeverfahrens künftig nähere Anhaltspunkte hinsichtlich des in diesem Zusammenhang entstehenden Aufwands ergibt, wird dieser in den noch folgenden Bürokratiekostenschätzungen zu weiteren erkrankungsspezifischen Anlagen der ASV-RL entsprechend berücksichtigt.

Zudem fallen weitere 200 Minuten für den Nachweis der unter Nr. 3.4 des Beschlusses enthaltenen facharztspezifischen Mindestmenvorgaben an. Hinsichtlich des Zeitaufwands für interne Sitzungen wird davon ausgegangen, dass bei jedem der drei Kernteamärzte ein Aufwand von 30 Minuten entsteht; für externe Sitzungen wird der Zeitaufwand auf acht Stunden je Kernteamarzt geschätzt.

Zusätzlich entstehen im Rahmen des Anzeigeverfahrens externe Kosten in Form von Anwaltskosten im Zuge des Abschlusses von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Ärzten eines ASV-Teams. Hierbei ist davon auszugehen, dass je nach den konkreten Gegebenheiten der daraus resultierende anwaltliche Beratungsbedarf stark divergiert. Es sind Fälle denkbar, in denen für den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarungen kein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, sondern eigene Ressourcen vorhanden sind, in anderen Fällen wird ein umfänglicher Beratungsbedarf angezeigt sein. Da an dieser Stelle gewisse Unsicherheiten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Rechtsanwälten besteht, wird im Sinne einer vereinfachten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von fünf Stunden je Team entsteht. Wird für die Vergütung des Anwaltes ein Stundensatz von 52,40 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 262 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 29 Euro je Team (20 x 1,45 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 4.457,52 Euro.

2. Meldung nach Zulassung

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 6 ASV-RL haben berechtigte Leistungserbringer ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Hierbei müssen insbesondere Angaben zu dem Erkrankungs- und Leistungsbereich, auf den sich die Berechtigung erstreckt, zur namentlichen Benennung der Teamleitung sowie der übrigen Mitglieder des Kernteams und zur (namentlichen oder institutionellen) Benennung der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Diese Meldepflicht beruht auf der entsprechenden Vorgabe des Gesetzgebers in § 116b Abs. 2 Satz 6 SGB V und löst für Krankenhäuser das Zulassungsverfahren nach § 116b SGB V a.F. ab. Für Vertragsärzte handelt es sich um eine

neue Informationspflicht. Auch diese Meldung gegenüber den o.g. Einrichtungen erfolgt einmalig.

Hierbei ist je Team ein zeitlicher Aufwand von 57 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 19 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 19,57 Euro.

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	19
Kopieren, Archivieren, Verteilen	38
Insgesamt:	57

3. Neubesetzung

Das Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams sowie die ggf. erforderliche Benennung eines neuen Mitglieds sind dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 Sätze 3 u. 4 ASV-RL). Hierbei ist davon auszugehen, dass für das neu benannte Mitglied Teile des Anzeigeverfahrens (vgl. 1.), insbesondere solche, die den Nachweis der Erfüllung personeller Anforderungen betreffen, durchgeführt werden müssen. Der Aufwand ist somit identisch zu den personenbezogenen Aufwendungen des Anzeigeverfahrens. Hierfür wird ein zeitlicher Aufwand von 160 Minuten je Neubesetzung sowie erforderliches hohes Qualifikationsniveau veranschlagt. Dies ergibt geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 134,10 Euro je neu zu besetzendes Mitglied.

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

Standardaktivität	Minutenwert je neu zu besetzendes Mitglied
Einarbeitung in die Informationspflicht	15
Beschaffung von Daten	120
Aufbereitung der Daten	10
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	12 (120 Min., jedoch in 10% der Fälle)
Insgesamt:	160

4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankengesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 7,54 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 22,62 Euro (3 x 7,54) jährlich. Bei insgesamt 19 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 429,78 Euro.

Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)

Standardaktivität	Minutenwert je Vertretungsfall
Beschaffung von Daten	3
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	3
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2
Insgesamt:	9

5. Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Gemäß § 8 Satz 7 ASV-RL informiert der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt sowie die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme und den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Es wird davon ausgegangen, dass die Information des einweisenden Vertragsarztes sowie des Patienten über den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ohnehin durch den ASV-Berechtigten erfolgen würde und insofern keine zusätzlichen Bürokratiekosten aus der genannten Regelung resultieren. Ebenso verhält es sich mit der Information des Patienten über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,03 Euro. Bei geschätzt 232.500 Patienten mit gynäkologischen Tumoren, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 239.475 Euro pro Jahr.¹

Tabelle 5: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Information des einweisenden Vertragsarztes)

Standardaktivität	Minutenwert je Fall
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	3
Insgesamt:	3

6. Nachweis der Erfüllung der Mindestmenge in den Folgejahren

Mitglieder des Kernteams haben die Erfüllung der erforderlichen Mindestmenge in den Folgejahren zu belegen (der Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist im ersten Jahr dagegen bereits im Rahmen des Anzeigeverfahrens zu führen). Je Team müssen drei Kernteamärzte den Nachweis erbringen. Erforderlich ist hierfür hohes Qualifikationsniveau. Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

¹ Bei einer geschätzten Fünf-Jahres-Prävalenz von 310.000 Patienten wird angenommen, dass hiervon 75 Prozent im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden.

Tabelle 6: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren)

Standardaktivität	Minutenwert Kernteamarzt	je	Minutenwert je Kernteam
Beschaffung von Daten	310		930
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1		3
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2		6
Insgesamt:	313		939

Die Schätzung des für die Beschaffung der notwendigen Daten erforderlichen Zeitaufwands erfolgte unter Rückgriff auf den hierfür in der Zeitwerttabelle vorgesehenen Wert von drei Minuten (bei einfacher Komplexität). Für den Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist für jedes Kernteam in 310 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 939 Minuten resultiert. Diese Schätzung stellt eine allgemeine Annäherung dar. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Einrichtungen eine aufwandsärmere Umsetzung zum Beispiel mit Hilfe von Software möglich ist.

Für jedes Kernteam entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 787,20 Euro.

Zusätzlich enthält der Beschluss die Vorgabe zum Nachweis einer facharztspezifischen Mindestmenge, welche sich – je nach Fachrichtung des Arztes – auf 80 bis 120 Patienten je Quartal beläuft. Mithin sind auf das gesamte Jahr bezogen 320 bis 480 Fälle nachzuweisen. Im Sinne einer typisierenden Abschätzung der damit einhergehenden Bürokratiekosten wird davon ausgegangen, dass unter Heranziehung eines Durchschnittswertes von 400 Fällen ein zusätzlicher Zeitaufwand von 200 Minuten (0,5 Minuten je Fall, da hierbei keine Eingrenzung der zu zählenden Fälle auf schwere Verlaufsformen gynäkologischer Tumoren) für den Nachweis der facharztspezifischen Mindestmenge entsteht. Die daraus resultierenden Bürokratiekosten belaufen sich auf 167,66 Euro je Kernteam.

Insgesamt gehen folglich mit dem Nachweis der im Beschluss geforderten Mindestmengen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 954,86 Euro je Team einher.

7. Dokumentation

Nr. 3.3 des Beschlusses sieht vor, dass zusätzlich zur üblichen ärztlichen Dokumentation das Tumorstadium des jeweiligen Patienten sowie bei Patienten mit Mammakarzinom auch der ER-Status und der Her2-Status zu dokumentieren ist. Zur Abschätzung der damit einhergehenden Bürokratiekosten wird auf das vereinfachte Verfahren zur Bürokratiekostenermittlung zurückgegriffen. Die im vereinfachten Verfahren vorgesehene Kostenklasse „Sonstige Informationspflichten, einfache Komplexität“ sieht für einen einfachen Dokumentationsvorgang einen Kostenfaktor von 0,80 Euro je Fall vor. Bei 232.500 Patienten ergeben sich somit bezüglich der Dokumentation des Tumorstadiums jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 186.000 Euro; bei 187.500 Patienten (nur Mammakarzinom) ergeben sich für die Dokumentation des ER-Status 150.000 Euro sowie für die Dokumentation des Her2-Status ebenfalls 150.000 Euro an jährlichen Bürokratiekosten. Insgesamt resultieren aus diesen Dokumentationsvorgaben somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 486.000 Euro jährlich.

8. Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen

Gemäß § 10 Abs. 3 lit. c) ASV-RL ist die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen der ASV-Kooperationspartner durchzuführen sowie hierzu Protokolle zu erstellen, ein notwendiger Bestandteil einer ASV-Kooperationsvereinbarung im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Aufgrund der noch bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der Form und des Umfangs der zu erstellenden Protokolle wird an dieser Stelle im Sinne einer vereinfachten, allgemein typisierten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von einer Stunde je Protokoll bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Bei zwei zu erstellenden Protokollen pro Jahr entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 100,60 Euro je Team.

Zusammenfassung

In der folgenden Tabelle 7 werden ausgehend von den oben genannten Informationspflichten die einem ASV-Team insgesamt entstehenden Bürokratiekosten zusammengefasst.

Tabelle 7: Insgesamt entstehende Bürokratiekosten je ASV-Team

Informationspflicht	Kosten je Team in Euro	Frequenz
Anzeigeverfahren	4.457,52	einmalig
Meldung nach Zulassung	19,57	einmalig
Neubesetzung	134,10	je neu zu besetzendes Mitglied
Vertretung	429,78	jährlich
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	954,86	jährlich
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen	100,60	jährlich
Summe		
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,03	je Patient
Dokumentation	0,80	je Patient

Hochrechnung der Bürokratiekosten je ASV-Team auf die Gesamtzahl der zu erwartenden ASV-Teams

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle potentiell in Frage kommenden Teams ihre Teilnahme an der ASV bereits im ersten Geltungsjahr dieser Richtlinienkonkretisierung anzeigen werden. Aufgrund einer gesetzlichen Übergangsfrist sowie des notwendigen zeitlichen Vorlaufs werden voraussichtlich erst nach Ablauf von zwei bis drei Jahren alle interessierten Teams ihre Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Hinsichtlich der Anzahl der sich bildenden Teams kann bei einer unterstellten

jährlichen Patientenzahl von 232.500 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 310 Patienten je (Kern-)Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 750 Teams ausgegangen werden (232.500/310). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 90 Teams ausgegangen (bisherige Zulassungen nach § 116b SGB V a.F., vgl. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 257). Da die genaue Entwicklung der Teamzahlen schwer zu prognostizieren ist, wird für die nachstehend aufgeführte Abschätzung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Tabelle 8) ein Durchschnittswert aus der genannten Ober- und Untergrenze herangezogen und von voraussichtlich 420 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt zu erwartenden Bürokratiekosten (Annahme: 420 Teams)

Insgesamt resultieren aus den aufgeführten Informationspflichten unter der Annahme von 420 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.477.088 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.880.378 Euro.

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.872.158
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	93.608
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	8.220
Meldung nach Zulassung in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	411
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 420 Teams x 12 Ärzte = 5.040, davon 5% = 252 Ärzte)	33.793
Vertretung (jährlich)	180.508
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 232.500 Patienten)	239.475
Dokumentation (bei jährlich 232.500 bzw. 187.500 Patienten)	486.000
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	401.041
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen (jährlich)	42.252
Summe einmalige Bürokratiekosten	1.880.378
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	1.477.088

**Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
für das Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V
zur
Änderung der ASV-RL nebst Anlage 1 – Buchstabe a onkologische
Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

- Bundesärztekammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit



Beschlussentwurf

1 des Gemeinsamen Bundesausschusses 2 über eine Änderung der Richtlinie ambulante 3 spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: 4 Anlage 1 Buchstabe a onkologische 5 Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische 6 Tumoren

7 Vom T. Monat JJJJ

8 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen,
9 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante
10 spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
11 (SGB V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in
12 der Fassung vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt geändert am [T. Monat
13 JJJJ] (BAnz AT TT.MM.JJJJ Bx) wie folgt zu ändern:

14 I. In Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen wird folgende Tumorgruppe 2
15 angefügt:

16 „Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

17 1 Konkretisierung der Erkrankung

18 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und
19 Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren.

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

22 1.1 Regelmäßig schwere Verlaufsformen

23 C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

24 C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere
25 Teilbereiche überlappend

26 C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

27 C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere
28 Teilbereiche überlappend

29

DKG

C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere
Teilbereiche überlappend

GKV-SV, KBV und PatV

Hier streichen, da Verortung unter
„1.2 Im Einzelfall schwere
Verlaufsformen“ (s. Zeile 55)

30

[Legende: **Dissentente Positionen** werden gelb markiert und in Rahmen- bzw. Tabellenform dargestellt: Das Votum „streichen“ bedeutet, dass die Position einer anderen Bank abgelehnt wird. Das Votum „prüfen“ bedeutet, dass die Position einer anderen Bank oder eine eigene Positionierung sich noch in Prüfung befindet. Unterstreichungen sollen die Unterschiede der dissententen Positionen bei ähnlichen Textierungen hervorheben.]

31

<p>DKG und PatV</p> <p>C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus</p> <p>C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus</p> <p>C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris</p> <p>C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend</p> <p>C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet</p>	<p>GKV-SV und KBV</p> <p><i>Hier streichen, da Verortung unter „1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen“ (s. Zeile 59)</i></p>
--	--

32
33

C52 Bösartige Neubildung der Vagina

<p>DKG und PatV</p> <p>C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend</p>	<p>GKV-SV und KBV</p> <p><i>Hier streichen, da Verortung unter „1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen“ (s. Zeile 62)</i></p>
--	--

34

<p>DKG und PatV</p> <p>C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend</p>	<p>GKV-SV und KBV</p> <p><i>Hier streichen, da Verortung unter „1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen“ (s. Zeile 69)</i></p>
--	--

35

<p>DKG und PatV</p> <p>C56 Bösartige Neubildung des Ovars</p>	<p>GKV-SV und KBV</p> <p><i>Hier streichen, da Verortung unter 1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen (s. Zeile 72)</i></p>
--	--

- 36 C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Falloppio]
- 37 C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
- 38 C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
- 39 C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium
- 40 C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
- 41 C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
- 42 C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
- 43
- 44 C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
- 45 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

46 **1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen**

47 Bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen muss zusätzlich zur
48 Diagnose eines der unter 1.3 genannten Kriterien vorliegen:

- 49 C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
- 50 C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
- 51 C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
- 52 C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
- 53 C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- 54 C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- 55 C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse

56

<p>GKV-SV, KBV und PatV</p> <p>C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend</p>	<p>DKG</p> <p><i>Hier streichen, da Verortung unter „1.1 Regelmäßig schwere</i></p>
--	--

		Verlaufsformen“ (s. Zeile 29)
57		
58	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
59		
	GKV-SV und KBV	DKG und PatV
	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
		<i>Hier streichen, da Verortung unter „1.1 Regelhaft schwere Verlaufsformen“ (s. Zeile 31)</i>
60	C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
61	C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix
62		
	GKV-SV und KBV	DKG und PatV
	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
		<i>Hier streichen, da Verortung unter „1.1 Regelhaft schwere Verlaufsformen“ (s. Zeile 33)</i>
63	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
64	C54.0	Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
65	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium
66	C54.2	Bösartige Neubildung: Myometrium
67	C54.3	Bösartige Neubildung: Fundus uteri
68		
69		
	GKV-SV und KBV	DKG und PatV
	C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
		<i>Hier streichen, da Verortung unter „1.1 Regelhaft schwere Verlaufsformen“ (s. Zeile 34)</i>
70	C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
71	C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
72		
	GKV-SV und KBV	DKG und PatV
	C56	Bösartige Neubildung des Ovars
		<i>Hier streichen, da Verortung unter „1.1 Regelhaft schwere Verlaufsformen“ (s. Zeile 35)</i>
73	C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
74	C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
75		
76		
	DKG und PatV	GKV-SV und KBV streichen
	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
77		

78
79**1.3 Kriterien**

GKV-SV und KBV	DKG und PatV
<p>A: Tumorstadium mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, High Grade oder R > 0 oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei gynäkologischen Tumoren (ICD-10: C51, C53-56): Tumorstadien mit Tumorgröße ≥ T2, - bei Mammakarzinom (ICD-10: C50): Alter < 35 Jahre oder Tumorstadien mit HER2-Positivität oder Östrogen- und Progesteronrezeptor-Negativität oder Tumorstadien mit Tumorgröße ≥ T2 <p>und die Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung der Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie, eine systemische Chemotherapie bzw. antineoplastische Therapie (ausgenommen endokrine Therapie) und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.</p> <p>B: Rezidiv oder Progression der Tumorerkrankung (einschließlich non-response) und die Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung seiner Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie, eine systemische Chemotherapie bzw. antineoplastische Therapie (ausgenommen endokrine Therapie) und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.</p> <p>C: Vorliegen schwerer Grund-erkrankungen (z.B. Immunschwäche, Vaskulitis), oder Schwangerschaft, die ein Abweichen vom Standard-Therapieschema erforderlich machen</p> <p><u>D: Onkologische Diagnosen mit Prävalenz ≤ 1:100.000</u></p>	<p>A: Tumorstadium mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, High Grade oder R > 0 oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei gynäkologischen Tumoren (ICD-10: C53.0, C53.1, C53.9, C54.0 - C54.3, C54.9, C55 : Tumorstadien mit Tumorgröße ≥ T2, - bei Mammakarzinom (ICD-10: C50.0 - C50.6, C50.9): Alter < 35 Jahre oder Tumorstadien mit HER2-Positivität oder Östrogen- und Progesteronrezeptor-Negativität oder Tumorstadien mit Tumorgröße ≥ T2 <p>B: Rezidiv oder Progression der Tumorerkrankung (einschließlich non-response)</p> <p>C: Erfordernis einer interdisziplinären Versorgung, einer besonderen Expertise oder Ausstattung, oder einer anderweitig komplexen Versorgung (z.B. multimodalen Therapie)</p> <p>D: Vorliegen einer erschwerenden Begleiterkrankung (inkl. Komplikationen und Nebenwirkungen) oder Mehrfacherkrankung (z.B. Zweitmalignom) oder einer Schwangerschaft, die ein Abweichen vom Behandlungsstandard erforderlich machen</p>

80

81 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

82 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

83 **Diagnostik**

- 84 • Allgemeine (z.B. EKG) und spezielle (z.B. transösophageale und transthorakale
- 85 Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 86 • Anamnese
- 87 • Bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall einschließlich endosonographischer
- 88 Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 89 • Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- 90 • Diagnostik der Kontinenzleistung
- 91 • Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 92 • Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des
- 93 Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z.B.
- 94 endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, Bronchoskopie)
- 95 • Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 96 • Humangenetische Untersuchungen
- 97 • Körperliche Untersuchung (z.B. palpatorische Untersuchung der Mammae,
- 98 digital-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- 99 • Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische
- 100 Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder
- 101 Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von
- 102 Medikamentenserspiegeln)
- 103 • Punktionen, Biopsie
- 104 • Tumorstaging

105 **Behandlung**

- 106 • Anlage Blasenkatheter
- 107 • Anlage von Kathetern (wie z.B. ZVK)
- 108 • Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder
- 109 kleinchirurgischen Eingriffen
- 110 • Ausstellen z.B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 111 • Behandlung in Notfallsituationen
- 112 • Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und –
- 113 kontrolle

GKV-SV und KBV

- Behandlung von
Therapie Nebenwirkungen,
Komplikationen und akuten
unerwünschten Behandlungsfolgen

DKG und PatV

- Behandlung von
Therapie Nebenwirkungen,
Komplikationen, Begleiterkrankungen,
die sich mit der ASV-Erkrankung in der
Versorgung wechselseitig beeinflussen,
und Behandlungsfolgen

- 114 • Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- 115 • Einleitung einer Rehabilitation
- 116 • Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 117 • Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 118 • OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 119 • Perkutane Gastrostomie
- 120 • Physikalische Therapie
- 121 • Portanlagen
- 122 • Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 123

124	DKG und PatV		GKV-SV und KBV streichen
125	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoadaptierte Nachsorge • Schmerztherapie 		
126	DKG und PatV		GKV-SV und KBV streichen
127	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftsmitbetreuung • Strahlentherapie • Therapeutische Punktionen und Drainagen • Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz • Transfusionen • Wundversorgung • Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind: <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Versorgung – Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V) – Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL – Tumorkonferenzen 		
138	DKG, KBV und PatV		GKV-SV streichen
139	<ul style="list-style-type: none"> – PET/PET-CT, sofern relevant für die Entscheidung zwischen verschiedenen Therapieoptionen 		
140	PatV		GKV-SV, KBV und DKG streichen
141	<ul style="list-style-type: none"> – Psycho-onkologische Beratung und Betreuung 		
141	DKG und PatV		GKV-SV und KBV streichen
142	<ul style="list-style-type: none"> – Psycho-onkologische Einzel- oder Gruppeninterventionen bei subsyndromaler Belastung 		
142	DKG, KBV und PatV		GKV-SV streichen
143	<ul style="list-style-type: none"> – Spezifische Untersuchungen zur Therapiesteuerung (z.B. 21-gene RT-PCR-Assay, uPA/PAI-Testung) 		
143	KBV	GKV-SV prüft	DKG und PatV streichen
144	Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.		
143	Beratung		
144	<ul style="list-style-type: none"> • zu Diagnostik und Behandlung 		
145	<ul style="list-style-type: none"> • zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch 		
146	<ul style="list-style-type: none"> • zu humangenetischen Fragestellungen 		
147	<ul style="list-style-type: none"> • zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen 		
148	<ul style="list-style-type: none"> • zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen) 		
149	<ul style="list-style-type: none"> • zu Rehabilitationsangeboten 		
150	<ul style="list-style-type: none"> • zu Sexualität und Familienplanung 		
151	<ul style="list-style-type: none"> • zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten 		
152			

- 153 • zur Ernährung

154 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

155 **3.1 Personelle Anforderungen**

156 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt
 157 durch ein Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und
 158 bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder
 159 Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

160
 161 **a) Teamleitung**

- 162 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische
- 163 Onkologie oder
- 164 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 165 • Strahlentherapie.

166 **b) Kernteam**

- 167 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische
- 168 Onkologie,
- 169 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- 170 • Strahlentherapie.

171 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 172 • Anästhesiologie,
- 173 • Gefäßchirurgie,
- 174 • Humangenetik,
- 175 • Innere Medizin und Angiologie,
- 176 • Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- 177 • Innere Medizin und Gastroenterologie,
- 178 • Innere Medizin und Kardiologie,
- 179 • Innere Medizin und Nephrologie,
- 180 • Laboratoriumsmedizin,
- 181 • Neurologie,
- 182 • Nuklearmedizin,
- 183 • Pathologie,
- 184 • Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und
- 185 Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder
- 186 psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut,
- 187 • Radiologie,
- 188 • Urologie,
- 189 • Viszeralchirurgie.

190

<p>GKV-SV, DKG und PatV</p> <p>Eine Fachärztin oder ein Facharzt des <u>interdisziplinären Teams</u> muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.</p>	<p>KBV</p> <p>Eine Fachärztin oder ein Facharzt des <u>Kernteams</u> muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.</p>
--	--

191

<p>PatV</p> <p>Eine Fachärztin oder ein Facharzt oder eine psychologische Psychotherapeutin oder ein psychologischer Psychotherapeut des interdisziplinären Teams soll über eine im Rahmen des von der Deutschen Krebsgesellschaft beauftragten Zertifizierungsverfahrens erworbene psycho-onkologische Qualifikation verfügen.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV streichen</p>
--	---

192 Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen
 193 gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.

194

<p>PatV Die Mitglieder des interdisziplinären-Teams bringen Ergebnisse aus dem internen Qualitätsmanagement gemäß § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V, insbesondere aus dem Fehlermanagement, Schnittstellenmanagement, Beschwerdemanagement, und aus Patientenbefragungen in die Qualitätskonferenzen und in die laufende interdisziplinäre Zusammenarbeit des ASV-Teams ein.</p>	<p>GKV-SV prüft</p>	<p>DKG und KBV streichen</p>
---	----------------------------	-------------------------------------

195 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

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

208 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

<p>PatV Für die Kooperation mit psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungsstellen sowie mit Selbsthilfeorganisationen bedarf es einer schriftlichen Vereinbarung.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV streichen</p>
---	---

209 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
 210 folgenden Ärztinnen bzw. Ärzten besteht:

- 211 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 212 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische
 213 Onkologie

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

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

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

- 228 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen
 229 wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen
 230 darzulegen ist,
- 231 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 232 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse
 233 und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am
 234 Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 235 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete
 236 Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 237 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthapie
 238 benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- 239 j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen
 240 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum
 241 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten
 242 vorgehalten werden,
- 243 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu
 244 zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen
 245 Spezialfärbungen zur Verfügung steht,
- 246 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte
 247 und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen
 248 Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- 249 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 250 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 251 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
 252 Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der
 253 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und
 254 Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- 255 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
 256 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,

<p>GKV-SV</p> <p>q) eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte <u>des Kernteams</u> ermöglicht, <u>z.B. in Form einer elektronischen Patientenakte.</u></p>	<p>PatV</p> <p>q) eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die <u>- soweit</u> unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen <u>möglich</u> - zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte <u>im interdisziplinären Team</u> ermöglicht.</p>	<p>DKG und KBV streichen</p>
---	---	-------------------------------------

257 **3.3 Dokumentation**

258 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
 259 Diagnosesicherheit, TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC), die
 260 Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des
 261 Behandlungstages sind zu dokumentieren.

262

<p>GKV-SV und PatV</p> <p>Darüber hinaus sind für eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung insbesondere folgende Punkte zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll der Tumorkonferenz, • Dokumentation des Arzt-Patienten-Kontaktes, • Staging nach Abschluss eines Therapieprotokolls, • Einschätzung gemäß Karnofsky Performance Status Scale oder ECOG-Skala vor Therapiebeginn, • Erfassung von allgemeinen Toxizitätskriterien anhand einer anerkannten Skalierung, • Angaben hinsichtlich Studienteilnahme. 	<p>DKG und KBV streichen</p>
---	-------------------------------------

263

<p>PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Beurteilung im Krankheitsverlauf von Nebenwirkungen Langzeitfolgen und ECOG-Kriterien, • Schmerzmanagement (Erfassung, Überwachung, Evaluation), • Tumorspezifischer Genmutationsstatus. 	<p>GKV-SV, DKG und KBV streichen</p>
---	---

264

3.4 Mindestmengen

265

<p>GKV-SV</p> <p>Das Kernteam muss mindestens <u>250</u> Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose <u>in den letzten 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss behandelt haben und</u> in der ASV pro Jahr behandeln, <u>davon mindestens 50 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose C51 bis C58.</u></p>	<p>KBV</p> <p>Das Kernteam muss mindestens <u>xxx</u> <i>[Angabe folgt]</i> Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose in der ASV pro Jahr behandeln.</p>	<p>DKG</p> <p>Eine Mindestmenge wird mangels rechtssicherer wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p>	<p>PatV prüft</p>
<p>GKV-SV</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten <u>der jeweils vorhergehenden 12 Monate</u> 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</p>	<p>KBV</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten <u>in den jeweiligen zurückliegenden 12 Monaten</u> 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</p>		

<p>finanzierten Versorgungsform behandelt werden.</p>	<p>integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden.</p>		
<p>GKV-SV und KBV Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>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 (in den letzten 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss und im Rahmen der ASV-Behandlung), darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen</p> <p>oder</p> <p>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 (in den letzten 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss und im Rahmen der ASV-Behandlung), darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.</p> <p>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 heranzuziehen.</p>			
<p>GKV-SV Ausnahmen von den Mindestmengen sind zulässig, soweit die Mindestmengen bis zu einer Dauer von zwei Jahren um höchstens 50 Prozent unterschritten werden und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Diese Ausnahmeregelung gilt bereits zum Zeitpunkt der Anzeige, d.h. für die 12 Monate vor Anzeige der</p>	<p>KBV In den 12 Monaten 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.</p>		

<p>Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss, soweit zu diesem Zeitpunkt konkrete Anhaltspunkte für die Erfüllung der Mindestmengen im Folgejahr bestehen. Die Mindestmengen müssen demnach spätestens im zweiten ASV-Leistungsjahr voll erfüllt werden.</p>			
---	--	--	--

266

4 Überweisungserfordernis

267
268
269
270
271
272
273
274
275

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des schweren Verlaufs 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.

276

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

277

Präambel

278
279
280
281
282

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) in der mit Wirkung zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Fassung.

283
284

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

285
286
287

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.

288
289
290

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.

291

[Abschnitt 1 - nach Beschlussfassung einzufügen]

292

[Abschnitt 2 – nach Beschlussfassung einzufügen]“

293
294

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

295
296

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

297

Berlin, den T. Monat JJJJ

Appendix des Beschlusstwurfs Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren mit

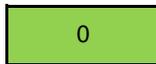
- Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 3. Quartal 2014 und

- Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

Legende



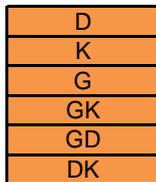
Übereinstimmung der Bewertung Bänke (DKG, GKV-SV, KBV)
keine Übereinstimmung der Bewertung Bänke (DKG, GKV-SV, KBV)



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



Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.



Die DKG stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV und die KBV sprechen sich gegen die Aufnahme aus.
Die KBV stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV und die DKG sprechen sich gegen die Aufnahme aus.
Der GKV-SV stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die DKG und die KBV sprechen sich gegen die Aufnahme aus.
Der GKV-SV und die KBV stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die DKG spricht sich gegen die Aufnahme aus.
Der GKV-SV und die DKG stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die KBV spricht sich gegen die Aufnahme aus.
Die DKG und die KBV stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV spricht sich gegen die Aufnahme aus.



GKV-SV prüft Verortung des Kapitel VII des EBM (s. Abschnitt 1)

Hinweise:

Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Die Patientenvertretung hat sich bei den Voten zum Abschnitt 1 des Appendix bislang enthalten. Im Abschnitt 2 hat sich die Patientenvertretung lediglich z.T. in der Spalte "Bezeichnung der Leistung" positioniert.

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 Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie
1	DKG, KBV und PatV: PET/PET-CT, sofern relevant für die Entscheidung zwischen verschiedenen Therapieoptionen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DK	0	0	0	0	DK	0	0
2	DKG und PatV: Psycho-onkologische Einzel- oder Gruppeninterventionen bei subsyndromaler Belastung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	D	D	D	0	0	0
3	DKG, KBV und PatV: Spezifische Untersuchungen zur Therapiesteuerung (z.B. 21-gene RT-PCR-Assay , uPA/PAI-Testung)	D	0	0	0	0	DK	0	0	0	0	0	0	0	0	D	0	0	0	0	0	0
4a	GKV-SV und KBV: 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))	GK	GK	GK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4b	DKG: Behandlung gynäkologischer Tumore unter tumorspezifischer Therapie, insbesondere Koordination der chemotherapeutischen Versorgung. Hiervon umfasst sind: - Durchführung und/oder Koordination der Tumorbehandlung und/oder - Ausarbeitung des Gesamttherapieplans	D	D	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	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 07345 des EBM)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6a	GKV-SV und KBV: Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GK	GK	GK	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	
6b	DKG: Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumortherapie	D	D	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.1a	GKV-SV und KBV: Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung einer Patientin bzw. eines Patienten	GK	GK	GK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.1b	DKG: Zusätzlicher Aufwand für Durchführung und/oder Vorbereitung (z.B. Patientenvorstellung) einer Tumorkonferenz	D	D	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.2	DKG: Teilnahme an einer Tumorkonferenz	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
8.1a	GKV-SV und KBV: Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL	GK	GK	GK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.1b	DKG: Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung und/oder Vorbereitung einer Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL	D	D	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.2	DKG: Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
9.1a	GKV-SV und KBV: 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)	GK	GK	GK	0	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	
9.2a	GKV-SV und KBV: 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)	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK	GK
9.1b und 9.2b	DKG: Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung mit Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und umfassender Symptomkontrolle und -therapie sowie psychosozialer Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
10	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

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

1 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bun-**
2 **desausschusses über eine Änderung der Richt-**
3 **linie ambulante spezialfachärztliche Versorgung**
4 **§ 116b SGB V:**
5 **Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankun-**
6 **gen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

7 Vom Beschlussdatum

8

9

10

11

12 *[Legende:*

13 *Dissentente Positionen sind gelb markiert und in Tabellenform dargestellt. Unterstreichungen*
14 *bei dissidenten Positionen sollen die Unterschiede bei ähnlichen Textierungen aufzeigen.]*

15

16		Inhalt	
17	1	Rechtsgrundlage	3
18	2	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
19	2.1	Aufbau	4
20	2.2	Zu den Regelungen im Einzelnen.....	4
21	2.2.1	Konkretisierung der Erkrankung	4
22	2.2.2	Behandlungsumfang	7
23	2.2.3	Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	15
24	2.2.3.1	Personelle Anforderungen	15
25	2.2.3.2	Sächliche und organisatorische Anforderungen	17
26	2.2.3.3	Dokumentation	18
27	2.2.3.4	Mindestmengen	19
28	2.2.4	Überweisungserfordernis	26
29	2.2.5	Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des	
30		einheitlichen Bewertungsmaßstabs - EBM).....	26
31	3	Bürokratiekostenermittlung.....	31
32	4	Verfahrensablauf	31
33	5	Fazit	33
34	6	Zusammenfassende Dokumentation.....	33
35			
36			

37 **1 Rechtsgrundlage**

38 Mit der Neufassung des § 116b SGB V durch das insoweit am 1. Januar 2012 in Kraft getre-
39 tene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversi-
40 cherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) hat der Gesetzgeber einen neuen
41 Versorgungsbereich – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – geschaffen.

42 In diesem neuen Versorgungsbereich sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilneh-
43 mende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unter grund-
44 sätzlich gleichen Bedingungen Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen von
45 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkan-
46 kungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen behandeln sowie hochspezialisierte
47 Leistungen erbringen.

48 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in
49 einer Richtlinie das Nähere zur ASV.

50 Zur Umsetzung dieses Regelungsauftrags hat der G-BA am 21. März 2013 die Richtlinie
51 über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambu-
52 lante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) beschlossen, die am 20. Juli
53 2013 in Kraft getreten ist und zuletzt mit dem am 26. Juli 2014 in Kraft getretenen Beschluss
54 des G-BA vom 20. Februar 2014 geändert worden ist.

55 **2 Eckpunkte der Entscheidung**

56 Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL gibt den formalen Rahmen für den
57 neuen Versorgungsbereich vor und regelt die Anforderungen an die Diagnostik und Behand-
58 lung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV, die grundsätzlich für alle in den
59 Anlagen zu konkretisierenden schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen
60 Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend
61 geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten.

62 Im nächsten Schritt werden die jeweiligen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen
63 nun über die entsprechenden ICD-Kodes konkret benannt und der krankheitsspezifische
64 Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssiche-
65 rung bestimmt.

66 Ausgangspunkt der Überarbeitung sind dabei die bestehenden Konkretisierungen in der
67 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Kran-
68 kenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL).

69 Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den jeweili-
70 gen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen
71 auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL. Hinsichtlich der aus der ABK-RL
72 überführten Regelungsinhalte wird auf die Beschlussfassung des G-BA über die Konkretisie-
73 rung der gynäkologischen Tumoren in der ABK-RL vom 17. Januar 2008 und die hierzu ver-
74 öffentlichten [Tragenden Gründe](#) verwiesen.

75 Soweit Abweichungen von der ABK-RL aus einer Verschiebung der Regelungen aus der
76 Konkretisierung in den neuen Richtlinien text resultieren (z.B. Studienteilnahme, Zusammen-
77 arbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Qualitätssicherung, einige sächliche und
78 organisatorische Anforderungen) wird auf die [Tragenden Gründe](#) zur Beschlussfassung des
79 G-BA über die ASV-RL am 21. März 2013 verwiesen.

80 2.1 Aufbau

81 Wie in der ABK-RL werden auch in der ASV-RL die onkologischen Erkrankungen in einzelne
82 Tumorgruppen ausdifferenziert.

83 Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wird bei den onkologischen Erkrankun-
84 gen nunmehr nicht in einen Allgemeinen und Besonderen Teil unterschieden, um den struk-
85 turellen Aufbau der Konkretisierung zu vereinfachen. Der Behandlungsumfang wird nun diffe-
86 renziert nach Diagnostik, Behandlung und Beratung dargestellt.

87 Die Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der
88 ASV-RL ist wie folgt gegliedert:

- 89 1 Konkretisierung der Erkrankung
- 90 1.1 Regelhaft schwere Verlaufsformen
- 91 1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen
- 92 1.3 Kriterien
- 93 2 Behandlungsumfang
- 94 • Diagnostik
- 95 • Behandlung
- 96 • Beratung
- 97 3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
- 98 3.1 Personelle Anforderungen
- 99 a) Teamleitung
- 100 b) Kernteam
- 101 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
- 102 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
- 103 3.3 Dokumentation
- 104 3.4 Mindestmengen
- 105 4 Überweisungserfordernis
- 106 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)
- 107 • Präambel
- 108 • Abschnitt 1
- 109 • Abschnitt 2

110 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

111 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

112 Die Konkretisierung bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen. Die Vorausset-
113 zungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in einer eigenen Konkreti-
114 sierung festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten
115 zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen werden soll.

116 Gemäß § 116b Absatz 1 SGB V bezieht sich die Konkretisierung auf schwere Verlaufsfor-
117 men von gynäkologischen Tumoren. Der Begriff „schwere Verlaufsform“ einer gynäkologi-
118 schen Tumorerkrankung kann, wie in der Gesetzesbegründung dargelegt, im Sinne einer
119 prognostischen Einschätzung (Krankheit selbst, Krankheitsstadien) wie auch im Sinne einer
120 komplexen oder aufgrund hinzutretender Faktoren schwierigen Behandlungssituation opera-
121 tionalisiert werden.

122 Codes, die Tumoren ausschließlich am Rumpf oder sekundäre bösartige Neubildungen be-
123 schreiben, wurden nicht aufgenommen.

124 Dreistellige Codes .9 ohne Organbezug mit der Angabe „nicht näher bezeichnet“ wurden
 125 nicht aufgenommen, da die Indikationsstellung für die ASV spezifischerer Codes bedarf.

126 Auf Grundlage der prognostischen Einschätzung eines schweren Verlaufs wurden Diagnosen
 127 aufgenommen, die ohne ein weiteres zusätzliches Kriterium in der ASV behandelt werden
 128 können (sogenannte „regelhaft schwere Verlaufsformen“).

129

<p>GKV-SV und KBV: So wurden Tumoren mit einer Prävalenz von ≤ 1:100.000 den regelhaft schweren Verlaufsformen zugeordnet (z.B. Vaginalkarzinom), da bei nur vereinzelt auftretenden Tumoren eine spezielle Expertise erforderlich ist. Somit wird an dieser Stelle nicht der Zugang zur ASV aufgrund der Seltenheit im Sinne des § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V geregelt.</p>	<p>DKG und PatV: Hierzu zählen z.B. bösartige Neubildungen [PatV zusätzlich: der Vulva, der Vagina,] des Ovars und bestimmte bösartige Neubildungen, die mehrere Teilbereiche überlappen. Patientinnen bzw. Patienten, die von einem seltenen Tumor (nicht mehr als 5 auf 10.000 Personen) betroffen sind, sollen im Rahmen der ASV behandelt werden können. Schon die gesetzgeberische Wertung aus § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und Absatz 4 Satz 8 SGB V erfordert eine Aufnahme von seltenen Tumoren in die ASV. Grundsätzlich werden die seltenen Erkrankungen in Anlage 2 aufgeführt. Aufgrund des engen Zusammenhangs mit den schweren Verlaufsformen gynäkologischer Tumoren wird für seltene Tumoren aus diesem Bereich der Zugang zur ASV jedoch an dieser Stelle geregelt. Nicht zuletzt auch deshalb wurden Tumorentitäten wie die Neubildungen an Vagina, Vulva und Ovar in die Liste mit den „regelhaft schweren Verlaufsformen“ aufgenommen.</p>
---	---

130

<p>GKV-SV und KBV: Bei anderen Tumoren reicht die onkologische Diagnose per se nicht aus, um das Kriterium einer schweren Verlaufsform im Sinne des § 116b Absatz 1 SGB V zu erfüllen.</p>	<p>DKG und PatV: Bei anderen Tumoren (z. B. <u>Mammakarzinom, Bösartige Neubildungen des Uterus</u>) reicht die onkologische Diagnose per se nicht aus, um das Kriterium einer schweren Verlaufsform im Sinne des § 116b Absatz 1 SGB V zu erfüllen. <u>Weder das Mammakarzinom noch die Neubildungen des Uterus (Tumoren an Cervix und Corpus zusammengenommen) stellen beispielsweise Tumorentitäten dar, die die Eigenschaft „seltene Erkrankung“ im o. g. Sinne erfüllen.</u></p>
--	---

131

<p>GKV-SV und KBV: In diesen Fällen können die Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen der ASV behandelt werden, wenn zusätzliche Kriterien <u>durch die prognostische Einschätzung eines schweren Verlaufes mit der Erfordernis einer regelmäßigen interdisziplinären Behandlung mit multimodaler Therapie oder zytostatischer Systemtherapie</u> erfüllt sind („im Einzelfall schwere Verlaufsformen“).</p>	<p>DKG und PatV: In diesen Fällen können die Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen der ASV behandelt werden, wenn zusätzliche Kriterien erfüllt sind („im Einzelfall schwere Verlaufsformen“).</p>
---	--

132 Das Vorgehen spiegelt sich in der Liste der ICD-10-Kodes wider. Die Codes sind jeweils ge-
 133 kennzeichnet, ob sie zum regelhaft schweren Verlauf zählen oder ob weitere Kriterien erfor-
 134 derlich sind. Des Weiteren wurde die Code-Liste nach spezifischen Regelungen der ICD 10-
 135 GM systematisiert.

136

GKV-SV und KBV:

Wie bei den gastrointestinalen Tumoren wurden bei der Festlegung der Kriterien der im Einzelfall schweren Verlaufsformen Krankheitsstadien mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasierung, high-grade oder einem Resektionsergebnis $> R0$ als schwere Verlaufsform eingestuft, wenn gleichzeitig die Notwendigkeit einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie besteht. Gleiches gilt für den Fall des Auftretens eines Rezidivs oder der Progression einer Tumorerkrankung (einschließlich non response).

Um die Besonderheiten in der Gruppe der gynäkologischen Tumoren zu berücksichtigen, wurden krankheitsspezifische Ergänzungen vorgenommen:

Dies betrifft die Aufnahme des Kriteriums der Tumorgroße $\geq T2$, welches in den überwiegenden Fällen die Erfordernis der Notwendigkeit einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie bedingt.

Beim Mamma-Karzinom sind Patientinnen-/Patientenalter von < 35 Jahren oder Patientinnen und Patienten mit Tumorstadien mit HER2-Positivität oder Östrogen- und Progesteronrezeptor-Negativität als schwerer Verlauf eingeordnet, da bei Erfüllung dieser prognostisch ungünstigen Kriterien gemäß der derzeitigen Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ der Deutschen Krebsgesellschaft (AWMF-Register-Nummer 032-045OL) zusätzlich zur Lokalthherapie die Anwendung einer zytostatischen Systemtherapie mit Chemotherapie (ggf. plus spezifische zielgerichtete anti-HER2-gerichtete Therapie) in der Primärtherapie des Mammakarzinoms empfohlen ist.

Ebenso gilt das Vorliegen schwerer Grunderkrankungen (z.B. Immunschwäche, Vaskulitis) oder einer Schwangerschaft, die ein Abweichen vom Standard-Therapieschema erforderlich macht, auch bei den gynäkologischen Tumoren als Kriterium für den schweren Verlauf.

DKG und PatV:

Bei der Festlegung der Kriterien, die den schweren Verlauf definieren, hat sich der G-BA eng an den in der Gesetzesbegründung aufgeführten Sachverhalten orientiert. So wurden Krankheitsstadien, bei denen es zu einer Tumorausbreitung gekommen ist, wie z. B. durch Lymphknotenbefall, Fernmetastasierung, high grade oder einem Resektionsergebnis größer $R0$, als schwere Verlaufsform eingestuft.

Zusätzlich werden für gynäkologische Tumoren, solche Tumoren als schwerer Verlauf eingestuft, bei denen das Tumorstadium $\geq T2$ ist. Bei den Mammakarzinomen werden Tumorstadien mit HER2-Positivität oder Östrogen- und Progesteronrezeptor-Negativität oder Tumorstadien mit Tumorgroße $\geq T2$ bzw. Tumoren bei Patientinnen und Patienten, die jünger als 35 Jahre alt sind, zu den schweren Verlaufsformen gezählt.

Eine schwere Verlaufsform wird darüber hinaus auch für den Fall des Auftretens eines Rezidivs oder der Progression einer Tumorerkrankung (einschließlich non response) angenommen.

Auch das Erfordernis einer interdisziplinären Versorgung, einer besonderen Expertise oder Ausstattung oder einer anderweitig komplexen Versorgung (z. B. multimodalen Therapie) stellt nach Einschätzung des G-BA ein solches Kriterium dar. In einem weiteren Kriterium werden bestimmte Patientenmerkmale wie Begleiterkrankungen, Therapie Nebenwirkungen oder Komplikationen, aber auch z.B. eine vorliegende Schwangerschaft oder das Auftreten eines Zweitmalignoms aufgegriffen, welche ein Abweichen vom Behandlungsstandard notwendig machen. Als Abweichung vom Behandlungsstandard werden dabei neben einer notwendigen Anpassung von Diagnostik und Therapie auch veränderte Kontrolluntersuchungen verstanden, die im individuellen Fall notwendig sind. Als Beispiel kann ein Patient genannt werden, der an einer Autoimmunerkrankung leidet und zusätzlich an einer onkologischen Erkrankung erkrankt. In diesem Fall müssen sowohl die Behandlung der Begleiterkrankung, nämlich der Autoimmunerkrankung, als auch die Behandlung der onkologischen Erkrankung, aufeinander abgestimmt und im Vergleich zum Standardvorgehen geändert werden.

137

<p>GKV-SV und KBV:</p> <p>Onkologische Diagnosen mit einer Prävalenz von $\leq 1:100.000$ sind als schwere Verlaufsformen aufgenommen, um aus Gründen der Qualitätssicherung eine Patientenbehandlung möglichst durch Ärztinnen bzw. Ärzte mit bestehender Erfahrung in der Behandlung der Krankheitsbilder bei seltenen Tumorerkrankungen innerhalb der ASV zu ermöglichen.</p> <p>Als Kriterium ungeeignet ist hier die Definition zur „orphan designation“ der Europäischen Kommission für seltene Erkrankungen von $\leq 5:10.000$, die darin begründet ist, in Verbindung mit Erleichterungen der arzneimittelrechtlichen Vorschriften einen wirtschaftlichen Anreiz für die pharmazeutische Industrie zu setzen, Medikamente für entsprechende Patientengruppen zu entwickeln. Eine Anwendung der europäischen Definition für seltene Erkrankungen von $\leq 5:10.000$ würde außerdem dazu führen, dass mit Ausnahme des Mammakarzinoms der Frau alle Patientinnen bzw. Patienten mit unter Ziffer 1.2 aufgeführten Indikationen ungeachtet einer Unterscheidung der Verlaufsform im Rahmen der ASV versorgt werden könnten. Dies widerspräche der gesetzlichen Neuregelung des § 116b SGB V, die eine Eingrenzung der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen einschließlich onkologischer Erkrankungen auf schwere Verlaufsformen vorschreibt (§ 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1a) SGB V).</p>	<p>DKG und PatV: streichen</p>
--	--

138 Vor dem Hintergrund, dass die Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen nicht mehr
 139 wie in der ABK-RL in Form eines allgemeinen und eines speziellen Teils erfolgt, sondern
 140 tumorgruppenbezogen, war es auch erforderlich, diejenigen ICD-Kodes auf eine Zuordnung
 141 im Hinblick auf eine der beiden oben genannten Gruppen („Im Einzelfall schwere Verlaufs-
 142 formen“, „Regelhaft schwere Verlaufsformen“) zu überprüfen, die in der Konkretisierung der
 143 ABK-RL unter „*Andere primäre und sekundäre bösartige Neubildungen nach ICD-10-GM*
 144 *können in Abhängigkeit von der Lokalisation und der Art der Behandlung unterschiedlichen*
 145 *der unter oben abgegrenzten Tumorgruppen zugeordnet werden*“ aufgeführt sind. Insofern
 146 sind einzelne dieser Kodes nun unter Ziffer 1.1 oder Ziffer 1.2 aufgeführt.

147 2.2.2 Behandlungsumfang

148 Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V ist der Behandlungsumfang für die drei Ebenen des
 149 Behandlungsteams zu bestimmen.

150 Ausgangspunkt der Definition des Behandlungsumfanges waren die indikationsspezifischen
 151 Konkretisierungen des Behandlungsauftrages der ABK-RL, die grundsätzlich übernommen
 152 und, soweit erforderlich, ergänzt und redaktionell überarbeitet wurden.

153 Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine Aufzäh-
 154 lung der möglichen Diagnostik- und Therapieleistungen, die eine Patientin bzw. ein Patient in
 155 der ASV erwarten kann.

156 Die vollständige und abschließende Aufzählung der Leistungen sowie die Zuordnung zu den
 157 an der ASV beteiligten Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzo-
 158 gen.

159 Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden
 160 die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend aufgeführt. Die Leis-
 161 tungen außerhalb des EBM werden ergänzend benannt.

162 Behandlung

<p>GKV-SV und KBV:</p> <p>Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen (z. B. eines Diabetes mellitus), von Behandlungsspätfolgen (z. B. durch Chemotherapie induzierte Neuropathien).</p> <p>Die Regelungen des § 5 Abs. 1 Satz 3 der ASV-RL vermeiden dabei unnötige Brüche im Behandlungsablauf, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL erfüllt sind.</p>	<p>DKG und PatV:</p> <p>Mit der Nennung von „Therapie von Therapienebenwirkungen, Komplikationen, Begleiterkrankungen und Behandlungsfolgen“ trägt der G-BA hier klarstellend dem Umstand Rechnung, dass laut Gesetzesbegründung die schwere Verlaufsform nicht nur durch die Krankheit oder das Krankheitsbild, sondern auch durch Krankheitsstadien oder durch die Merkmale der Patientin oder des Patienten im individuellen Fall (z. B. Begleit- und Mehrfacherkrankungen, Komplikationen, Verschlimmerungen, Therapienebenwirkungen etc.) begründet sein kann.</p> <p>Als Beispiel kann ein Patient genannt werden, der an einer Autoimmunerkrankung leidet und zusätzlich an einer onkologischen Erkrankung erkrankt. In diesem Fall müssen sowohl die Behandlung der Begleiterkrankung, nämlich der Autoimmunerkrankung, als auch die Behandlung der onkologischen Erkrankung, aufeinander abgestimmt und im Vergleich zum Standardvorgehen geändert werden.</p> <p>Gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung 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. Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung be-</p>	<p>RKF:</p> <p>Die Mitbehandlung von Begleiterkrankungen zählt regelhaft nicht zum Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL können zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechnete Krankenhäuser jedoch auch über den im Appendix zu dieser Anlage abschließend festgelegten Leistungsumfang 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.</p>
---	---	--

	<p>rechtigte Krankenhäuser fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL erfüllt sind. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Zielrichtung des neuen Versorgungsbereichs der ASV sei es erforderlich, bei Erkrankungen, die eines abgestimmten Versorgungskonzepts bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden.</p>	
--	--	--

163 Im Behandlungsumfang wurde die Vorgabe „psychologische Beratung und psychotherapeutische Beratung und Betreuung ...“ in „Psychotherapeutische Beratung und Betreuung“ spezifiziert. Die Information über psycho-soziale Beratungs- und Betreuungsangebote (z.B. bei Krebsberatungsstellen)“ wurde aus Gründen der Systematik unter dem Punkt Beratung verortet.
164
165
166
167

<p>GKV-SV und KBV: Die ASV ist – neben den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen - eine auf schwere Verlaufsformen beschränkte Versorgungsform. Patientinnen und Patienten, die die Voraussetzungen zur Versorgung innerhalb dieser ASV-spezifischen Versorgungsform erfüllen, können nach abgeschlossener Therapie in die bestehenden fachärztlichen Versorgungsstrukturen zur Durchführung der tumorspezifischen Nachsorge überführt werden. Ein besonderer Bedarf der Weiterversorgung innerhalb der ASV allein zur Durchführung dieser Nachsorge besteht nicht, es sei denn, die Voraussetzungen des schweren Verlaufs dieser Konkretisierung bestehen fort.</p> <p>Sollten im Rahmen der fachärztlichen Nachsorge Änderungen des Krankheitsverlaufes oder neue medizinische Sachverhalte bei der Patientin oder bei dem Patienten festgestellt werden, die den Voraussetzungen der Versorgung bei schwerem Verlauf gemäß Richtlinie zur ASV entsprechen, ist die Wiederaufnahme in die Versorgung der ASV möglich.</p>	<p>DKG und PatV: Die risikoadaptierte Nachsorge wird aus der ABK-RL unverändert übernommen. Sie ist als Teil der Versorgung einer Tumorerkrankung zu verstehen und somit auch Teil der ASV. Gerade bei Patienten mit schweren Verläufen einer Tumorerkrankung darf der Behandlungserfolg nicht durch eine unnötige Unterbrechung der kontinuierlichen Versorgung gefährdet werden.</p>
--	---

168

<p>GKV-SV und KBV: Angesichts der Besonderheiten der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren kann bei diesen die Beratung zu Fragen der Sexualität oder der Familienplanung u.U. wegen krankheits- und/oder thera-</p>	<p>DKG und PatV: Das Vorliegen einer Schwangerschaft bei gleichzeitiger Tumorerkrankung macht gerade bei gynäkologischen Tumoren nicht nur eine Anpassung der onkologischen Behandlung notwendig, sondern es ist auch eine</p>
--	---

<p>piebedingter Folgen notwendig sein. Die Betreuung einer Schwangerschaft ist hingegen im Rahmen der ASV nicht sachgemäß, sondern sollte beim entsprechend spezialisierten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Regelversorgung erfolgen.</p>	<p>sehr viel intensivere Betreuung der Schwangerschaft während der onkologischen Versorgung notwendig. Hierzu ist es wichtig, dass neben der regulären Schwangerschaftsbetreuung (Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Regelversorgung) eine Mit-Betreuung durch Gynäkologen gewährleistet ist, die Teil des Behandlungsteams der ASV sind und über Expertise beispielsweise in Bezug auf die Auswirkungen einer onkologischen Therapie auf Schwangerschaft und Kind verfügen.</p>
--	--

169 Der mögliche Leistungsumfang der ASV ist nicht auf den des EBM beschränkt. Vielmehr
 170 können Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfanges
 171 der ASV sein, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Kran-
 172 kenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Mit der Benennung von
 173 „Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM“ sind, folgt der G-BA an dieser Stelle
 174 diesen Gestaltungsmöglichkeiten.

<p>GKV-SV: Für eine Anwendung der PET/PET-CT bei Mamma-Karzinom in der ASV fehlen evidenzbasierte Leitlinien des Niveaus einer S3-Leitlinie. Weder die aktuelle Leitlinienrecherche und -bewertung des IQWiG für das DMP Brustkrebs (Stand 20.05.2014) sieht einen positiven Ergänzungsbedarf noch sprechen die AGO-Kommission (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie) oder die AWMF-Leitlinie belastbare Empfehlungen aus. Daher würde eine Aufnahme des PET/PET-CT in den Leistungsumfang der ASV dem § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL widersprechen.</p> <p>Anhand des derzeitigen Erkenntnisstandes ist der Stellenwert der PET/PET-CT auch für die gynäkologischen Tumore nicht abschließend gesichert. Insbesondere zur Frage nach dem (Zusatz-)Nutzen der PET/PET-CT bedarf es weiterer aussagekräftiger, vergleichender Studien mit Prüfung dieser diagnostischen Methode hinsichtlich der patientenrelevanten therapeutischen Konsequenz und/oder der Auswirkungen auf das Gesamtüberleben bzw. die Lebensqualität.</p>	<p>DKG, KBV und PatV: So werden an dieser Stelle PET-/PET-CT-Untersuchungen aufgeführt. PET/PET-CT-Untersuchungen stellen in der Onkologie in weiten Teilen etablierte diagnostische Verfahren dar, deren Anwendung hochwertigen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen folgend, auch bei verschiedenen gynäkologischen Tumoren erwogen werden kann. PET/PET-CT-Untersuchungen finden keine Anwendung zur routinemäßigen Staging-Diagnostik.</p>
---	--

175

<p>PatV: Die Psychoonkologische Beratung und Betreuung ist nur für die Fachärztin oder den Facharzt oder die psychologische Psychotherapeutin oder den psychologischen Psychotherapeuten des interdisziplinären Teams abrechnungsfähig, die oder der über eine im Rahmen des von der Deutschen Krebsgesellschaft beauftragten Zertifizierungsverfahrens erworbene psycho-onkologische Qualifikation verfügt. Psycho-onkologische Teams zählen an vielen Krankenhäusern zur notwendigen und bewährten Versorgungsrealität.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV streichen</p>
---	---

Diese Strukturen sollen in der ASV erhalten bleiben, u.a. da sie einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität als Teil des Behandlungsergebnisses leisten.

Auch mit der Übernahme von Kostenpauschalen als Komplexleistungen aus der „Onkologie-Vereinbarung“ sind die dort vorgeschriebene Durchführung und/oder Koordination der psycho-sozialen Betreuung sowie Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der psycho-sozialen Krankenbetreuung notwendig. Diesem Umstand wird zusätzlich durch entsprechende Qualifikationsanforderungen in Ziffer 3.1 Rechnung getragen.

Auf welche Weise die Psychoonkologie auch unter Vermeidung von Fehlanreizen adäquat im Leistungsumfang und in der Vergütungssystematik der ASV eingebunden werden kann, wurde in den Beratungen des G-BA nicht abschließend geklärt.

176

GKV-SV und KBV:

Die psychoonkologische Betreuung von Tumorpatienten stellt eine wichtige Therapiesäule dar, die an Krankenhäusern, Hochschulambulanzen, im ambulanten vertragsärztlichen Bereich und in der onkologischen Rehabilitation fest verankert ist. Diese Behandlung darf in Deutschland nur durch entsprechend qualifizierte Berufsgruppen ausgeübt werden.

Die neue S3 Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ formuliert Empfehlungen für die psychoonkologische Versorgung über den gesamten diagnostischen und therapeutischen Behandlungsverlauf einer Krebserkrankung in allen Sektoren der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, sektorale Grenzen des gestuften Versorgungssystems zu überwinden und ein ganzheitliches Angebot zu unterbreiten. Daraus resultieren allerdings Abgrenzungsschwierigkeiten, die psychoonkologischen Leistungselemente den unterschiedlichen Bereichen der Versorgungslandschaft bzw. den jeweiligen Leistungsträgern zuzuordnen, da sowohl Maßnahmen der Krankenbehandlung, der Vorsorge, der Rehabilitation sowie der sozialen Beratung nebeneinander bestehen und durch unterschiedliche Professionen angeboten werden.

Der EBM ist eine Gebührenordnung, die alle medizinischen Leistungen umfasst, die Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen dürfen. Somit sind ausschließlich Leistungen der Krankenbehandlung, die durch dazu qualifizierte Berufsgruppen erbracht werden können, erfasst. Die medizinisch-therapeutischen Leistungsbestandteile im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung sind bereits durch eine Vielzahl von Gebührenordnungspositionen (GOP's) des EBM, die durch approbierte Ärzte und psychologische Psychotherapeuten mit entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen abgerechnet werden können, berücksichtigt. So sind neben der onkologischen Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung bei laufender onkologischer The-

DKG und PatV:

Zudem wurde bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu den gastrointestinalen Tumoren und durch die kürzlich erfolgte Veröffentlichung der Leitlinie zur psychoonkologischen Beratung und Behandlung

(http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OLI_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_1.1.pdf)

offensichtlich, dass die psychoonkologische Versorgung, welche einen wichtigen Aspekt in der Versorgung dieser Patienten darstellt, im Behandlungsumfang der Konkretisierung noch nicht ausreichend berücksichtigt war. Auch wurde deutlich, dass diese Leistung im EBM bislang nicht sachgerecht abgebildet ist. Insofern wurde der Behandlungsumfang an dieser Stelle zusätzlich um den Punkt „Psychoonkologische Einzel- oder Gruppenintervention“ ergänzt.

<p>rapie alle Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechender Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapievereinbarungen berechtigt, Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie antragsfrei abzurechnen. Hierzu gehören unter anderem GOP's, die folgende Leistungsinhalte aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, • verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (bis zu dreimal pro Tag berechnungsfähig), • psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung, • psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung), • psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung), • übende Verfahren (autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen, • psychodiagnostische Testverfahren. <p>Somit sind die erforderlichen Maßnahmen der originären Krankenbehandlung im Zusammenhang mit der psychoonkologischen Betreuung über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM, die in den Abschnitt 1 aufgenommen worden sind, umfassend abgebildet.</p> <p>Die Versorgung und Begleitung subsyndromaler Zustände gehört nicht zu den Leistungen der Krankenbehandlung nach SGB V. Sie stellt keine Indikation zu einer Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V dar.</p>	
--	--

177

<p>GKV-SV:</p> <p>Der G-BA sieht von der Aufnahme von spezifischen Untersuchungen zur Therapiesteuerung (z.B. 21-gene RT-PCR-Assay, uPA/PAI-Testung) ab, da es keine ausreichende Evidenz für diese Verfahren gibt. Eine ausreichend belastbare Grundlage, die sicherstellt, dass bei gynäkologischen Tumoren eine über die Standarddiagnostik hinausgehende Anwendung von neuen Biomarker-basierten Testverfahren zur Therapiesteuerung eine patientenrelevante Verbesserung im Hinblick auf die Patientenbehandlung und den Krankheitsverlauf ermöglicht, ist bisher nicht festgestellt worden.</p> <p>Die klinische Indikation aller derzeitigen Genexpressionstests begründet sich ausschließlich auf ihre prognostische Leistungsfähigkeit. Über den prädiktiven Faktor, der das Ansprechen auf eine bestimmte Therapie definiert, lässt sich keine Aussage treffen. Der jeweilige Test zeigt retrospektiv, etwa bei nicht chemotherapierten Frauen, dass er in der Lage gewesen wäre, über das Rückfallrisiko zu entscheiden. Das entscheidende Ziel jedes Biomarkertestes muss sein, dass gegenüber dem etablierten Vorgehen auf Chemotherapien verzichtet wer-</p>	<p>DKG, KBV und PatV:</p> <p>Molekulargenetische Testverfahren sind im Rahmen der Behandlung von gynäkologischen Tumoren (v.a. Mammakarzinome) mögliche diagnostische Verfahren, deren Anwendung den Ausführungen in hochwertigen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen folgend bei bestimmten Fallkonstellationen eine Option zur Therapiesteuerung darstellen können.</p>
---	---

den kann, ohne dass daraus ein erhöhtes Rückfallrisiko resultiert. Etablierter internationaler Standard ist die Ermittlung des individuellen Risikos anhand klassischer Parameter wie Tumorgröße und Lymphknotenbefall (eindeutige Patientencharakteristika). Darüber hinaus besitzt der Test 21-Genassay selbst keine CE-Kennzeichnung, da er zentral in CLIA-(Clinical Laboratory Improvement Amendments) Laboren in den USA erbracht wird.

Die genannten Leistungen befinden sich derzeit in der Methodenbewertung des G-BA. Sie sollten daher in der ASV nicht erbracht werden. Angesichts der laufenden Methodenbewertung des G-BA sind die Voraussetzungen dieser Leistungen zur Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten gemäß Richtlinien des G-BA derzeit nicht ausreichend bestimmbar. (Ein Antrag auf Bewertung biomarkerbasierter Tests zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mamma-Karzinom befindet sich derzeit in der Methodenbewertung des G-BA.)

Im Fokus der Prüfung des IQWiG stehen insbesondere methodische Einschränkungen. Ein sehr entscheidender Unsicherheitsfaktor ist, dass unterschiedliche Tests an ein und derselben Tumorprobe angewandt, durchaus zu entgegengesetzten Ergebnissen kommen können. Eine einzelne Tumorbiopsie, wie sie derzeit häufig in der klinischen Routine entnommen wird, ermöglicht damit keine repräsentative Darstellung der Landschaft der genetischen Veränderungen im Tumor. (Gerlinger u.a.: Intratumor heterogeneity and branched evolution revealed by multiregion sequencing. In: N Engl J Med 366 (10) 2012, S. 883-892.)

Dementsprechend zurückhaltend fallen die Leitlinienempfehlungen aus. Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) gibt 2014 für die Testanwendung zur Prognoseeinschätzung für ausgewählte Patientinnengruppen ohne Lymphknotenmetastasen jeweils eine schwache Empfehlung für den 21-Genassay mit einem einfachen Plus (+). Die interdisziplinäre S3-Leitlinie gibt keine Empfehlung für Gentests. Die britische NICE-Guideline von 2013 empfiehlt 21-Genassey bei ausgesuchten Patientinnen mit einem mittleren Rückfallrisiko nach klassischen Parametern. Die Voraussetzungen in Großbritannien sind insofern anders, als die Indikation zur Chemotherapie für einige Patientengruppen seltener gestellt wird als in Deutschland. So ist in die Empfehlung der NICE-Guideline eine gesundheitsökonomische Analyse einbezogen, bei der Patientinnen mit einem unter 20 Prozent liegenden Rückfallrisiko (nach speziellem Index) tendenziell eher keine Chemotherapie erhalten, und daher nur Patientinnen mit einem darüber liegenden Rückfallrisiko überhaupt einen Test wie 21-Genassay für eine Therapieentscheidung benötigen bzw. nur hier überhaupt auf Chemotherapien verzichtet werden kann. Dieser Versorgungskontext ist nicht auf Deutschland übertragbar.

Nach aktueller Studienlage bleibt auch die Frage nach der 10-Jahres-Rückfallwahrscheinlichkeit für Fernmetastasen offen, und zwar für Testergebnisse, die einem mittleren Risiko zugeordnet werden müssen. Hier stehen die Ergebnisse zweier

<p>großer Studien aus. Daher würde eine Aufnahme in den Behandlungsumfang der ASV dem § 5 Abs. 1 Satz 4 ASV-RL widersprechen.</p> <p>Beim dem uPA/PAI Test handelt es sich um die Testung von tumorassoziierten Proteinkonzentrationen an frischen Tumorgewebe. Der Vorbericht des IQWiG vom 21. März 2014 stellt fest: „der patientenrelevante Nutzen bzw. Schaden einer uPA- und PAI-1- gestützten Strategie zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante Systemtherapie beim primären Mammakarzinom mit intermediärem Rezidivrisiko nach R0-Primäroperation ist aufgrund fehlender geeigneter Studien unklar.“ Dieser Test findet zwar in der interdisziplinären S3 Leitlinie Erwähnung, allerdings nur mit dem Empfehlungsgrad 0 (Empfehlung offen, Syntax „kann“).</p>	
---	--

178

<p>KBV und GKV-SV:</p> <p>Durch den ausdrücklichen Verweis auf die Beachtung der Qualitätsanforderungen im Zusammenhang mit § 137e SGB V soll sichergestellt werden, dass die nach § 116b Absatz 1 Satz 3 SGB V im Rahmen der ASV grundsätzlich zulässige Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Wahrung der entsprechenden Qualitätsstandards erfolgt. Über die Regelung in § 116b Absatz 1 Satz 3 SGB V findet auch im Rahmen der ASV die Regelung des § 137c SGB V Anwendung. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind demnach im Rahmen der ASV zulässig, soweit der G-BA keine ablehnende Entscheidung im Sinne von § 137c SGB V getroffen hat. Soweit es um die Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne von § 137e SGB V geht, sind die in diesem Zusammenhang geregelten Qualitätsanforderungen dann auch im Rahmen der ASV zu beachten.</p>	<p>DKG und PatV streichen</p>
---	--------------------------------------

179 Der G-BA hat im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfangs aus der
 180 ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie Koordina-
 181 tion der Versorgung, Tumorkonferenzen, Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buch-
 182 stabe c) ASV-RL und palliative Leistungen bislang keine oder keine ausreichende Berück-
 183 sichtigung im EBM erfahren haben. Daher erfolgte die Aufnahme dieser Punkte unter Zif-
 184 fer 2. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hatte man diesem besonderen Umstand
 185 durch die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten
 186 „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte), im Weiteren kurz
 187 Onkologie-Vereinbarung genannt, Rechnung getragen.

188 Durch Benennung der Aspekte Koordination der Versorgung, Tumorkonferenzen, Qualitäts-
 189 konferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) ASV-RL und palliative Versorgung an die-
 190 ser Stelle unterstreicht der G-BA deren besondere Bedeutung auch im Hinblick auf eine
 191 sachgerechte Umsetzung der ASV.

192 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterliegt einem anderen gesetzli-
 193 chen Regelungskontext (§ 37b SGB V) und ist daher nicht Bestandteil des Behandlungsum-
 194 fangs in der ASV. Gleichwohl kann die SAPV veranlasst werden.

195 § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL ermöglicht § 116b-SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser
 196 über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Lei-
 197 stungen zu erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b-SGB V-
 198 Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und Patientinnen
 199 bzw. Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zu-
 200 zumuten ist. Der in der ABK-RL enthaltene Verweis auf Sonderkonstellationen (besondere
 201 Fragestellungen) kann daher entfallen.

202 **Beratung**

203 Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich an den Bera-
204 tungsbedarf bei den einzelnen Tumorgruppen angepasst.

205

206 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

207 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

208 Die Regelungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL wurden entsprechend der
209 ABK-RL grundsätzlich übernommen und redaktionell der neuen Teamgestaltung angepasst.

210 Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden in Ziffer „3 Anforderungen an
211 Struktur- und Prozessqualität“ unter „3.1 Personelle Anforderungen“ Änderungen an der
212 Ebene der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte vorgenommen.

213 Eine Übernahme der Regelung *„Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe ein-
214 gewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Ab-
215 hängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen opera-
216 tiven Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Kom-
217 plikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte
218 einzubinden, z. B. Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrino-
219 logie bei endokrinen Tumoren, z. B. Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-
220 weiterbildung Infektiologie bei HIV-positiven Patientinnen und Patienten mit Tumorerkran-
221 kungen.“* eignet sich nach Auffassung des G-BA aufgrund seiner eher unspezifischen Aus-
222 richtung nicht für eine Übernahme in die ASV-RL. Der G-BA sah es an dieser Stelle vielmehr
223 als geboten an, hier entsprechende zusätzliche Facharzt disziplinen für das Behandlun-
224 gsteam zu benennen. Demzufolge wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams um die
225 Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Urologie sowie für Innere Medizin und Endokrinologie und
226 Diabetologie ergänzt.

227 Für die Fachdisziplinen Radiologie und Pathologie wurde zudem eine Verortung in der dritten
228 Ebene des Behandlungsteams (hinzuzuziehende Fachärztinnen bzw. Fachärzte) vorgese-
229 hen. Dies stellt nicht in Frage, dass es sich bei diesen beiden Fachdisziplinen auch um wich-
230 tige Säulen in der Diagnostik und der Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten mit gynä-
231 kologischen Tumoren im Rahmen der ASV handelt. Der Umfang des direkten Patientenkon-
232 taktes dieser beiden Fachdisziplinen findet jedoch selten in dem Maße statt, wie sie der G-
233 BA bei der Beschreibung der Ebene des Kernteams vorsieht. Dieser Umstand trifft in glei-
234 chem Maße für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Laboratoriumsmedizin zu.

235

<p>GKV-SV, DKG und PatV: Die Konkretisierung der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren sieht vor, dass die palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V) zu dem ASV-Behandlungsumfang zu zählen ist. Zur Sicherstellung dieser Anforderung muss ein Mitglied der in den personellen Anforderungen benannten Facharztgruppen über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen. Damit ist die palliativmedizinische Versorgung abgedeckt und eine Teilnahme von weiteren Fachärztinnen bzw. Fachärzten des fachärztlichen oder hausärztlichen Versorgungsbereichs [GKV-SV zusätzlich: im Rahmen</p>	<p>KBV: Eine Fachärztin oder ein Facharzt des Kernteams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen. Die Zuordnung der palliativmedizinischen Zusatzweiterbildung zum Kernteam ist notwendig, da die hinzuzuziehenden Ärzte nach § 2 Abs. 4 ASV-RL nur in engerem Rahmen einer Auftragsüberweisung tätig werden können, was für die umfassende Erbringung palliativmedizinischer Leistungen nicht ausreichend ist.</p>
--	---

der ASV] nicht erforderlich.	
------------------------------	--

236

<p>PatV: Mit der Vorgabe, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt oder eine psychologische Psychotherapeutin oder ein psychologischer Psychotherapeut des interdisziplinären Teams über eine im Rahmen des von der Deutschen Krebsgesellschaft beauftragten Zertifizierungsverfahrens erworbene psycho-onkologische Qualifikation verfügen soll, wird der zunehmenden Bedeutung der Psychoonkologie in der Versorgung Rechnung getragen.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV streichen</p>
---	---

237 Sowie für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen ge-
 238 mäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.

239 Die Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte haben die auf der Grundlage der Qualitätssiche-
 240 rungsvereinbarungen erteilten Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der
 241 Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss vorzulegen. Fachärztinnen bzw. Fachärzte in
 242 Krankenhäusern haben die Erfüllung der persönlichen und fachlichen Anforderungen der
 243 Qualitätssicherungsvereinbarungen durch entsprechende Nachweise gegenüber dem Erwei-
 244 terten Landesausschuss zu belegen.

245

<p>DKG: Ein Nachweis kann zum Beispiel durch Darlegung erfolgen, dass die geforderte Qualifikation im Rahmen der Weiterbildung oder einer Zusatz-Weiterbildung erworben wurde.</p>	<p>GKV-SV und KBV streichen</p>
--	--

246

<p>DKG: Mindestmengen können unter Beachtung datenschutzrechtlicher Aspekte beispielsweise durch pauschale Selbsterklärung bestätigt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV und PatV streichen</p>
--	--

247 Der G-BA kann darüber hinaus ASV-spezifische einrichtungsinterne und einrichtungsüber-
 248 greifende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V
 249 treffen. Wird vom G-BA im Indikationsgebiet dieser Konkretisierung die Notwendigkeit hierfür
 250 festgestellt, erfolgt eine entsprechende Festlegung. Die Prüfung der Notwendigkeit erfolgt im
 251 Rahmen der regulären Beobachtungs- und Evaluationspflichten des G-BA.

252

<p>PatV: Die gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung eines internen Qualitätsmanagements (QM) gemäß § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V umfasst auch die Leistungserbringung innerhalb der ASV. Nach § 12 Satz 3 ASV-RL gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach §135a in Verbindung mit §137 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.</p> <p>Aus Ergebnissen dieses von den Kliniken und den vertragsärztlichen Praxen jeweils eigenverantwortlich durchgeführten QM, insbesondere aus Fehlermanagement, Schnittstellenmanagement, Beschwerdemanagement und aus Patientenbefragungen, können sich wichtige Hinweise für die Sicherung und Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und die Leistungserbringung in der ASV ergeben. Dies erfordert von der Leitung der Einrichtung bei der Planung des internen QM eine aktive Berück-</p>	<p>GKV-SV prüft</p>	<p>DKG und KBV streichen</p>
--	----------------------------	-------------------------------------

<p>sichtigung des Umstands, dass sich die Einrichtung in einem Team an der ASV beteiligt. Diese Anforderung könnte z.B. von den erweiterten Landesausschüssen im Zusammenhang mit der Vorlage der Kooperationsverträge nach § 10 Abs. 2 ASV-RL geprüft werden. Die Integration von Ergebnissen des QM in die Qualitätskonferenz nach § 10 Abs. 3 Buchstabe c ASV-RL, könnte Gegenstand der ASV-Kooperationsvereinbarung werden. Eine Überprüfung der Integration im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit könnte nach den Regeln der maßgeblichen QM-Richtlinie des G-BA erfolgen.</p>		
---	--	--

253 **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

254 Die Regelungen wurden entsprechend der ABK-RL grundsätzlich in den Beschluss über-
255 nommen. Es haben sich folgende Änderungen ergeben:

<p>GKV-SV, DKG und KBV: Die unter Ziffer 3.2 a) geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist.</p>	<p>PatV streichen</p>
--	------------------------------

256 Die Anforderung, dass u.a. eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozial-
257 dienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im
258 Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozia-
259 len Beratungsangeboten“.

260 Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie ent-
261 sprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf
262 indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdiszipli-
263 nen, die einen therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende
264 Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

<p>PatV: Für die Kooperation mit psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungsstellen sowie mit Selbsthilfeorganisationen bedarf es einer schriftlichen Vereinbarung, um eine verlässliche Zusammenarbeit zu gewährleisten.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV: streichen</p>
---	--

265 Die Formulierung zu Ziffer 3.2 d) wurde der in der ASV-RL nunmehr stringenter vorgenom-
266 menen Definition des Behandlungsteams (Teamleitung, Kernteam und hinzuzuziehende
267 Fachärztinnen und Fachärzte) angepasst.

268 Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sind entsprechend des gesetzlichen Auf-
269 trags besonders hohe Anforderungen an die Qualität der Behandlung zu stellen. Hierzu tra-
270 gen die Tumorkonferenzen insbesondere bei schweren Verläufen und einem Tumorprogress
271 bei.

<p>GKV-SV und PatV: Unter 3.2 q) wurde das Erfordernis aus der ABK-RL übernommen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation dergestalt vorliegen muss, dass allen an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzten im Kernteam zeitnah ein Zugriff auf diese Informationen möglich ist. Dies dient der Sicherstellung der Behandlungsqualität und kann z.B. in Form einer elektronischen Patientenakte erfolgen. Der zeitnahe Zugriff auf behandlungsrelevante Befunde bzw. Befunddokumentationen im Rahmen der interdisziplinäre Zusammenarbeit im ASV-Team wird als Standard angesehen, da nur so eine umfassende und</p>	<p>DKG und KBV: streichen</p>
---	--------------------------------------

<p>abgestimmte spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen gewährleistet werden kann. Die bereits in der ABK-RL geltende Regelung wurde daher in die ASV-RL übernommen. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist dabei sicher zu stellen.</p>	
--	--

272 **2.2.3.3 Dokumentation**

273 Eine schwere Verlaufsform gynäkologischer Tumoren impliziert die gesicherte Tumordiagnose.
 274 Die Dokumentation beinhaltet dementsprechend die Diagnose nach ICD-10-GM sowie
 275 das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit. Um die regelrechte Indikationsstellung z. B.
 276 zu Zwecken der Qualitätssicherung überprüfen zu können, sind im Rahmen der Befunddo-
 277 kumentation weiterhin die Kriterien für eine schwere Verlaufsform und das Tumorstadium
 278 (TNM mit R- und G-Code nach UICC) zu dokumentieren.

279 Unabhängig hiervon sind die aufgrund anderer Rechtsvorschriften (z.B. ärztliches Berufs-
 280 recht, bürgerliches Recht, Strahlenschutzrecht) bestehenden Pflichten zu Inhalt, Umfang,
 281 Form und Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation einzuhalten.

<p>GKV-SV: <u>Für</u> eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung <u>sind darüber hinaus alle Leistungen nachvollziehbar zu belegen.</u> Insbesondere sind <u>die Arzt-Patientenkontakte und deren zeitlicher Umfang von besonderer Bedeutung.</u> <u>Des Weiteren sind die Protokolle der Tumorkonferenzen, das Staging nach Abschluss eines Therapieprotokolls, die Einschätzung gemäß Karnofsky Performance Status Scale oder ECOG-Skala vor Therapiebeginn, die Erfassung von allgemeinen Toxizitätskriterien anhand einer anerkannten Skalierung und Angaben hinsichtlich Studienteilnahme zu dokumentieren.</u></p>	<p>PatV: <u>Darüber hinaus sind für</u> eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung alle Leistungen nachvollziehbar zu belegen. Insbesondere sind Arzt-Patientenkontakte und deren zeitlicher Umfang sowie folgende Punkte <u>zu dokumentieren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protokoll der Tumorkonferenz,</u> • <u>Dokumentation des Arzt-Patienten-Kontaktes</u> • <u>Staging nach Abschluss eines Therapieprotokolls,</u> • <u>Einschätzung gemäß Karnofsky Performance Status Scale oder ECOG-Skala vor Therapiebeginn,</u> • <u>Erfassung von allgemeinen Toxizitätskriterien anhand einer anerkannten Skalierung,</u> • <u>Angaben hinsichtlich Studienteilnahme.</u> 	<p>DKG und KBV streichen</p>
--	---	-------------------------------------

<p>282 PatV: Hinsichtlich der Verpflichtung zur Dokumentation findet § 14 ASV-RL Anwendung. Der Zweck der Dokumentation umfasst neben Belangen der Abrechnung auch die der Qualität der Behandlung. Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV - Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1 ASV-RL. Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. Dies bedeutet, dass die Erfüllung der in der Konkretisierung beschriebenen Anforderungen und Voraussetzungen zu dokumentieren ist.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV streichen</p>
---	---

<p>Derzeit ist nicht klar, welche zu dokumentierenden Angaben nach § 116b Abs. 6 Satz 11 in Verbindung mit § 295 Abs. 1b Satz 1 SGB V an die Krankenkasse übermittelt werden und welche zu dokumentierenden Aspekte nach § 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V durch den MdK oder eine Arbeitsgemeinschaft geprüft werden.</p> <p>Über die ärztliche Befunddokumentation und die Erfüllung der in der Konkretisierung festgelegten personellen Anforderungen hinaus stellen die weiteren hier genannten Anforderungen sicher, dass diese Dokumentation regelhaft erfolgt und für eine stichprobenhafte Überprüfung durch den MDK (§ 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V) zur Verfügung steht. Diese Angaben betreffen insbesondere die Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung, wie auch die Interaktion zwischen ärztlichen Behandlern, Patient und nicht-ärztlichen Leistungserbringern. Perspektivisch können hierauf basierende generalisierte Hinweise des MDK vom G-BA zum Anlass genommen werden, um über z.B. eine Anpassung der Konkretisierung auf verbesserungsbedürftige Zustände einzuwirken.</p>	
---	--

283 **2.2.3.4 Mindestmengen**

284 Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln.

285 Die ASV setzt eine besondere Erfahrung und Routine der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte voraus, die mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert wird, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können.

288

<p>GKV-SV: Der G-BA hat über eine kern-teambezogene Mindestmenge entschieden. Das bedeutet: Das Kernteam muss mindestens 250 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose (in den letzten 12 Monaten vor der Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln. Darunter müssen mindestens 50 behandelte Patientinnen und Patienten mit der Diagnose C51 bis C58. enthalten sein. Hintergrund ist das für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit – dem häufiger vorkommenden – Mammakarzinom (C50) und den – weniger häufigen – gynäkologischen Tumoren mit der Diagnose C51, C53 bis</p>	<p>KBV: Das Kernteam muss mindestens xxx [Angabe folgt] Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose in der ASV pro Jahr behandeln. Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweiligen zurückliegenden 12 Monaten 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</p>	<p>DKG: Von der Festlegung einer Mindestmenge wird abgesehen, da nicht hinreichend feststeht, dass hierdurch eine deutliche Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse erreicht werden kann. Die Anwendung einer Mindestmengenregelung ist bereits im Ansatz auf solche Bereiche der Versorgung beschränkt, bei denen sie einen für die Versorgung substantiellen eigenständigen Beitrag zur Verwirklichung des in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V</p>	<p>PatV prüft</p>
--	---	--	--------------------------

GKV-SV:	KBV:	DKG:	PatV prüft
<p>C57 unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung und Expertisen bestehen.</p> <p>Da in der ASV beide Patientengruppen gleichermaßen spezialisiert versorgt werden sollen, müssen die Teams über ausreichend Erfahrung in beiden Versorgungsbereichen verfügen.</p> <p>Die Bestimmung dieser konkreten Mindestmenge orientiert sich an den Angaben in der ABK-RL, die 330 Behandlungsfälle bei gynäkologischen Tumoren vorsieht. Diese Mindestmenge wurde im Hinblick auf die Einschränkung auf schwere Verläufe und die dazu derzeit zu erwartenden Krankenfallzahlen angepasst.</p> <p>Die Bezugsgröße aus der ABK-RL (das Krankenhaus) ist zudem aufgrund der Ausdehnung der § 116b SGB V-Versorgung auf den niedergelassenen Bereich nicht mehr zutreffend. Im Kern ist das Erfordernis an Erfahrung jedoch gleich geblieben, da bei der interdisziplinären Versorgung durch ein ASV-Team jedes Teammitglied auch behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt der Patientin bzw. des Patienten ist.</p> <p>Da nach gesetzlicher Vorgabe eine Eingrenzung auf gynäkologische Tumoren mit schweren Verlaufsformen vorzunehmen ist, erfolgte durch das Kompetenzzentrum Onkologie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen unter Einbeziehung national und international verfügbarer epidemiologischer Daten aus Registern und Studien eine Schätzung der aktuellen Prävalenz von Fällen mit einem schweren Verlauf entsprechend der in 1.1 und 1.2 genannten Voraussetzungen der Konkreti-</p>	<p>einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden.</p> <p>Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>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 (in den letzten 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss und im Rahmen der ASV-Behandlung), darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen</p> <p>oder</p> <p>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 (in den letzten 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erwei-</p>	<p>umschriebenen Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen – nicht erreichbar erscheinen (Bundessozialgericht, Urte. v. 12.09.2012, B 3 KR 10/12 R). Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne (vgl. BSG, Urte. v. 18.12.2012, B 1 KR 34/12 R), so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann. Damit ist nicht</p>	

GKV-SV:	KBV:	DKG:	PatV prüft
<p>sierung. Bezug genommen wurde auf Daten des Robert-Koch-Institutes und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. zu 5-Jahres-Prävalenzen und Inzidenzen bei gynäkologischen Tumoren mit ICD-10 C50, C53-C56 für die Jahre 2009 und 2010 (vgl. www.rki.de, 9. Ausgabe Krebs in Deutschland 2013) und Daten des klinischen Tumorregisters München zu tumorspezifischen Auswertungen der Stadienverteilungen und stadienbezogenen Überlebensergebnissen der Diagnosejahre 1988-2012 bei den Erkrankungen mit ICD-10 C50-C56. Einbezogen wurden weiter in Studien geprüfte, für die Versorgung dieser Tumorerkrankungen anerkannte Therapieempfehlungen. Die Berechnungsansätze orientierten sich an jene für Angaben in der ABK RL bzw. der Konkretisierung der ASV-RL zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. Angesichts methodischer Limitierungen stellen die Schätzungen eine Näherung dar, um das Kollektiv der Patientinnen und Patienten mit schwerem Verlauf gemäß den in 1.1 und 1.2 genannten Voraussetzungen der Konkretisierung mit Versorgungsbedarf innerhalb der ASV zu ermesen. Bei seltenen gynäkologischen Tumoren erfolgte eine Schätzung nach Plausibilität. Auf diese Weise verringerte sich die Grundgesamtheit der Erkrankungsfälle, so dass die Gesamtmindestfallzahl entsprechend geringer ausfällt als in der ABK-RL. Die Fallzahl-schätzungen berücksichtigten, dass die Kriterien der Voraussetzungen der Konkretisierung des schweren Verlaufs zu den</p>	<p>terten Landesausschuss und im Rahmen der ASV-Behandlung), darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.</p> <p>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 heranzuziehen.</p> <p>Die hierbei zugrunde gelegten Mindestmengen entsprechen denen der Onkologie-Vereinbarung (§ 3 Voraussetzungen zur Teilnahme).</p> <p>Anders als die in Ziffer 3.4 Absatz 1 verankerte Mindestmenge von xxx Patientinnen bzw. Patienten pro Kernteam und Jahr, die sich diagnosis-spezifisch auf die Behandlung von gynäkologischen Tumoren bzw. auf die schweren Verlaufsformen dieser Tumoren bezieht, schließen die ergänzenden Mindestmengen-Voraussetzungen in Ziffer 3.4 Absatz 3 alle soliden oder hämatologischen Neoplasien ungeachtet ihrer Verlaufsform</p>	<p>ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren entwickelt wird.</p>	

GKV-SV:	KBV:	DKG:	PatV prüft
<p>gynäkologischen Tumoren auf jene der ASV-RL zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle aufbauen und erweitert wurden. Unter Berücksichtigung der tumorspezifischen 5-Jahres-Prävalenzen, Inzidenzen und unter Abzug der Einjahresprävalenz ergibt sich eine Fallzahl von 313.350 für ICD-10 C50 und 102.055 für ICD-10 C51-C58.</p> <p>Von diesen Fällen wird aufgrund der in 1.1 und 1.2 genannten Voraussetzungen der Konkretisierung erwartet, dass näherungsweise bei ICD-10 C50 ca. 2/3 und bei ICD-10 C51-58 ca.1/2 der Patientinnen und Patienten einen Versorgungsbedarf innerhalb der ASV aufweisen.</p> <p>Unter Zugrundelegung des Faktors 0,1% für die Berechnung der Mindestmenge analog den Regelungen der ABK-RL begründen sich die oben genannten Mindestfallzahlen.</p> <p>Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen mitbringen müssen.</p> <p>Für die Berechnung der kern-teambezogenen Mindestmenge (250 Patientinnen oder Patienten) ist bei der Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss die Summe aller Patientinnen und Patienten der jeweils vorhergehenden 12 Monate maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher be-</p>	<p>mit ein.</p> <p>In den 12 Monaten 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.</p> <p>Die Regelung zur Übergangsfrist erfolgte, um das Verfahren vor der Anzeige und im ersten Jahr der ASV-Berechtigung klarzustellen.</p>		

GKV-SV:	KBV:	DKG:	PatV prüft
<p>zeichneten 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 werden. Für die Berechnung der Mindestmenge eines in der ASV tätigen Teams gelten jeweils die in den vorhergehenden 12 Monaten in der ASV behandelten Patientinnen und Patienten. Sobald ein Team die Mindestmenge unterschreitet, ist es nach § 116b Abs. 2 Satz 7 SGB V verpflichtet, dies unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankengesellschaft zu melden.</p> <p>Als ergänzende Anforderung an das Kernteam wurden in Ziffer 3.4 Absatz 3 arztbezogene und facharztgruppenspezifisch differenzierte Mindestmengen festgelegt, die von mindestens einem Mitglied des Kernteams erfüllt werden müssen. Die hierbei zugrunde gelegten Mindestmengen entsprechen denen der Onkologie-Vereinbarung (§ 3 Voraussetzungen zur Teilnahme).</p> <p>Um zu gewährleisten, dass das Kernteam über eine ausreichende allgemeine Behandlungsroutine insbesondere bei der intravenösen Chemotherapie verfügt, muss demnach mindestens eine dem Kernteam angehörende Fachärztin bzw. ein dem Kernteam angehörender Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie diese pro Quartal</p>			

GKV-SV:	KBV:	DKG:	PatV prüft
<p>und Ärztin bzw. Arzt nachweisen. Die Mindestmengen umfassen die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 Patientinnen und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt. Sofern die ergänzenden Mindestmengen nach Ziffer 3.4 Absatz 3 nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, sondern von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams nachgewiesen werden, sind die Mindestmengen für die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 Patientinnen und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt nachzuweisen. Nachweiszeitraum für die ergänzenden diagnosenunspezifischen Mindestmengen in Ziffer 3.4 Absatz 3 sind die jeweils letzten 12 Monate. Anders als die in Ziffer 3.4 Absatz 1 verankerte Mindestmenge von 250 Patientinnen bzw. Patienten pro Kernteam und Jahr, die sich diagnosenspezifisch auf die Behandlung von gynäkologischen Tumoren bzw. auf die schweren Verlaufsformen dieser Tumoren bezieht, schließen die ergänzenden Mindestmengen-Voraussetzungen</p>			

GKV-SV:	KBV:	DKG:	PatV prüft
<p>in Ziffer 3.4 Absatz 3 alle soliden oder hämatologischen Neoplasien ungeachtet ihrer Verlaufsform mit ein.</p> <p>Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120 / 70 / 30 bzw. 80 / 60 / 20 Patientinnen und Patienten) 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 heranzuziehen.</p> <p>Ausnahmen von den kern-teambezogenen und den arztbezogenen Mindestmengen sind in der Anfangsphase der ASV-Leistungserbringung eines ASV-Teams zulässig, soweit einzelne oder mehrere Mindestmengen bis zu einer Dauer von zwei Jahren um höchstens 50% unterschritten werden und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Um besondere Härten zu vermeiden, wird diese zeitlich begrenzte Ausnahmeregel eingeführt.</p> <p>Diese Ausnahmeregelung gilt bereits zum Zeitpunkt der Anzeige, d.h. für die 12 Monate vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss, soweit zu diesem Zeitpunkt konkrete Anhaltspunkte für die Erfüllung der Mindestmengen im Folgejahr bestehen. In den 12 Monaten vor der Anzeige, darf die Mindestmenge daher um 50 Prozent unterschritten werden und muss spätestens im zweiten ASV-Leistungsjahr voll erfüllt werden.</p>			

290 **2.2.4 Überweisungserfordernis**

291 Nach § 8 Satz 11 ASV-RL muss zum Zeitpunkt der Überweisung eine gesicherte Diagnose
 292 vorliegen. Ohne erneute Überweisung kann eine Patientin bzw. ein Patient längstens vier
 293 Quartale in der ASV behandelt werden. Sofern die Voraussetzungen des schweren Verlaufs
 294 weiterhin gegeben sind, ist eine erneute Überweisung möglich. Analog zur gesetzlichen
 295 Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären
 296 Bereich besteht gemäß § 8 Satz 3 ASV-RL auch für Patientinnen und Patienten der im jewei-
 297 ligen Indikationsgebiet tätigen Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte kein Überweisungser-
 298 fordernis. Diese Ausnahmeregelungen gelten jedoch nur, wenn die Patientinnen bzw. Patien-
 299 ten im eigenen ASV-Team behandelt werden.

300 **2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des einheitlichen** 301 **Bewertungsmaßstabs - EBM)**

302 Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden
 303 gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 ASV-RL im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser
 304 Richtlinie abschließend und nach Facharztgruppen getrennt definiert.

305 Dadurch wird der G-BA der ihm vom Gesetzgeber zugeschriebenen Kompetenz gerecht, den
 306 Behandlungsumfang zu definieren und die Voraussetzungen geschaffen, dass der Ergänzter
 307 Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V insbesondere seinen Aufgaben nach
 308 § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V nachkommen kann.

309 Der Appendix ist in zwei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewer-
 310 tungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositio-
 311 nen (GOP) abschließend in Abschnitt 1 benannt. Ergänzend werden in Abschnitt 2 die Leis-
 312 tungen aufgeführt, die zum Behandlungsumfang der ASV zählen und bislang keine Abbil-
 313 dung im EBM gefunden haben.

314 Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis
 315 der krankheitsspezifischen Konkretisierung der G-BA-Richtlinie. Dabei wurden die EBM-
 316 Gebührenordnungspositionen grundsätzlich unter Berücksichtigung der entsprechenden Ab-
 317 rechnungsbestimmungen des EBM sowie unter besonderer Berücksichtigung der für eine
 318 Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zugewiesen. Abwei-
 319 chungen ergaben sich aus dem ASV-spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So wurden u.a. der
 320 3. Ebene, die lediglich auf Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden kann, keine Leis-
 321 tungen zugeordnet, die nicht zum Kern des Fachgebietes gehören.

322 Welche Fassung des EBM bei der Erstellung des Ziffernkranzes heran gezogen wurde, ist
 323 jeweils in der Präambel zum Appendix benannt.

324 Grundlage für den Ziffernkranz ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der mit Wirkung
 325 zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Fassung.

326 Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behand-
 327 lungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den Ergänzten Bewer-
 328 tungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den
 329 G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9
 330 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfä-
 331 higen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

332 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix.
 333 Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss im Rahmen seiner Auf-
 334 gaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen des
 335 EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA
 336 erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung unterjährig Anpassungsbe-
 337 darf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den Regelungsbereich des er-

338 gänzten Bewertungsausschusses bis zur abschließenden Änderung des Appendix durch den
339 G-BA ggf. entsprechende Übergangsvorschriften festzulegen.

340 **Abschnitt 1:**

341 **Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:**

342 Erstellt wurde eine möglichst vollständige Liste mit allen Gebührenordnungspositionen
343 (GOP), die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Konkretisierung in Frage kommen
344 können. Durch den Einschluss der relevanten GOP soll – insbesondere im Zusammenhang
345 mit einer spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder –
346 eine umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte
347 Wechsel zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

348 Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese
349 von den vertragsärztlichen Teilnehmern an der ASV im Rahmen der vertragsärztlichen Ver-
350 sorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung des § 5 Absatz 1
351 Satz 3 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

352 **Die Definition der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Appendix erfolgte analog** 353 **dem Aufbau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):**

354 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

355 Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des Behandlungsum-
356 fangs für diesen Erkrankungsbereich in der Konkretisierung vorgesehen sind, die z. B. Koor-
357 dination der Behandlung, Verfassen von Gutachten oder Erstellen von Kurplänen betreffen,
358 sind innerhalb des EBM innerhalb des Bereichs II abgebildet. Die entsprechenden GOP wur-
359 den dem Kernteam zugeordnet, da dieses gemäß § 3 ASV-RL die Aufgabe hat, die ambulan-
360 te spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisato-
361 risch zu steuern.

362 Ausgewählte GOPs aus diesem Abschnitt wurden auch hinzuzuziehenden Fachärztinnen
363 und Fachärzten arztgruppenspezifisch zugeordnet.

364 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

365 Arztgruppenspezifische Leistungen des Bereichs III des EBM wurden entsprechend den
366 Vorgaben des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in der Konkretisierung
367 identifiziert und den entsprechenden Facharztgruppen der drei Ebenen des ASV-Teams zu-
368 geordnet.

369 Die Grundpauschalen wurden den Mitgliedern des Kernteams arztgruppenspezifisch zuge-
370 ordnet.

371 Die Grundpauschalen des EBM enthalten die allgemeinen und fachspezifischen Leistungs-
372 bestandteile des jeweiligen Fachgebiets zur fachärztlichen Versorgung für einen durch-
373 schnittlichen Behandlungsfall im Kollektivvertrag. Im Rahmen der ASV erfolgte die Zuord-
374 nung der Grundpauschalen, um behandlungsrelevante allgemeine Leistungen, wie z.B.
375 Anamnese, EKG, Blutabnahme abzubilden, die im Zusammenhang mit den spezifischen
376 Leistungen erforderlich, jedoch im EBM nicht als Einzelleistungen aufgeführt sind.

377 **Bereich IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen (unter** 378 **speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige GOP)**

379 **Kapitel 30 Spezielle Versorgungsbereiche**

380 **Abschnitt 30.7 Schmerztherapie**

381 Leistungen für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patientin-
382 nen bzw. Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeuti-
383 schen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Absatz 2 SGB V wurden
384 zur Behandlung von Tumorschmerzen für die Mitglieder des Kernteams und Fachärztinnen
385 bzw. Fachärzte für Anästhesiologie, die über eine entsprechende Qualifikation (Zusatzwei-

386 terbildung spezielle Schmerztherapie) und – sofern es sich um Vertragsärztinnen und Ver-
387 tragsärzte handelt - über eine Zulassung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur
388 schmerztherapeutischen Versorgung verfügen, aufgenommen (Abschnitt 30.7.1).

389 Andere schmerztherapeutische Behandlungen (Abschnitt 30.7.2), die nicht o.g. Qualifikation
390 voraussetzen, wurden zusätzlich auch den Fachärztinnen und Fachärzten für Gefäßchirurgie,
391 Innere Medizin, Neurologie, Nuklearmedizin, Urologie und Viszeralchirurgie zugeordnet.

392 **Kapitel 31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien,**
393 **präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen**
394 **und Kapitel 36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung**
395 **und konservativ belegärztlicher Bereich**

396 Die Leistungen des ambulanten Operierens (Kapitel 31) unterliegen nicht der ASV sondern
397 sind nach § 115b SGB V geregelt.

398 Bei der belegärztlichen Behandlung (Kapitel 36) handelt es sich um stationäre Behandlungs-
399 fälle.

400 **Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie**

401 Prinzipieller Umgang mit Leistungen, die nicht an Patientinnen bzw. am Patienten, sondern
402 an Untersuchungsmaterialien erbracht werden wie z. B. Labor- und Pathologieleistungen.

403 Leistungen, die an Untersuchungsmaterialien durchgeführt werden und klassische Auftrags-
404 leistungen darstellen, werden prinzipiell der Ebene 3 zugeordnet.

405 Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

406 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen ausge-
407 wählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die gynäkologische Tumoren in Frage
408 kommen.

409 Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

410 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

411 Obwohl es sich um allgemeine Laborleistungen handelt, die prinzipiell bei jeder Fachgruppe
412 anfallen und von dieser erbracht werden können, werden diese Leistungen nur den Labor-
413 ärztinnen bzw. Laborärzten sowie der Teamleitung und dem Kernteam zugeordnet. Begrün-
414 dung: Im Rahmen der ASV können die Leistungserbringer der dritten Ebene nur per Definiti-
415 ons- oder Indikationsauftrag tätig werden. Diese im ASV-Zusammenhang zwingend gefor-
416 derte Beauftragung sollte an die Fachkompetenz – Stichwort Kern des Fachgebiets – gehen.

417 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

418 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen bzw. Laborärzten zugeordnet.

419 **Kapitel 33 und 34: Zuordnung der Leistungen Ultraschalldiagnostik sowie Diagnosti-**
420 **sche und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-**
421 **Resonanz-Tomographie**

422 Zunächst wurden den Leistungen, die innerhalb des Behandlungsumfangs für diesen Er-
423 krankungsbereich in der Konkretisierung vorgesehen sind, die entsprechenden GOP der
424 Kapitel 33 und 34 zugeordnet. Die Zuordnung von GOP zu den Facharztgruppen der dritten
425 Ebene erfolgte gemäß der jeweiligen Kernkompetenz des Fachgebiets.

426 **Kapitel 35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**
427 **über die Durchführung der Psychotherapie**

428 Die Konkretisierung sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und
429 Betreuung sowie die Information über psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote

430 vor. Die psychotherapeutischen Facharztgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und
431 können somit nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

432 Entsprechend der Leitlinie zur Psychoonkologie erfolgte die Auswahl der Gebührenord-
433 nungspositionen im Ziffernkranz aus dem Abschnitt 35.1 zur differenzialdiagnostischen Klä-
434 rung und weiterführenden psychotherapeutischen Diagnostik ergänzt um psychotherapeuti-
435 sche Interventionen sowie Leistungen aus dem Abschnitt 35.3 Psychodiagnostische Testver-
436 fahren.

437 Antragspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 wurden im Ziffernkranz nicht aufgenom-
438 men.

439 **Abschnitt 2:**

440 Für die Aufnahme im Abschnitt 2 des Appendix sind folgende Leistungen, die bislang nicht
441 Bestandteil des EBM sind, vorgesehen:

442 In Bezug auf PET/PET-CT-Untersuchungen und die spezifischen Untersuchungen zur The-
443 rapiesteuerung (z.B. 21-gene RT-PCR-Assay, uPA/PAI-Testung) wird auf die Erläuterungen
444 unter dem Gliederungspunkt „2.2.2 Behandlungsumfang“ verwiesen.

445 In Bezug auf die psycho-onkologischen Einzel- oder Gruppeninterventionen bei subsyndro-
446 maler Belastung wird auf die Erläuterung unter dem Gliederungspunkt „2.2.2 Behandlungsu-
447 mfang“ verwiesen.

448 In Bezug auf die psycho-onkologische Beratung und Betreuung wird auf die Erläuterung un-
449 ter dem Gliederungspunkt „2.2.2 Behandlungsumfang“ verwiesen.

450 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich bereits im Rahmen seiner Beschlussfassung
451 zu Anlage 1a) zur Abbildung spezifischer Leistungen im Rahmen der onkologischen Behand-
452 lung an den bestehenden Gebührenordnungspositionen der Onkologie-Vereinbarung orien-
453 tiert und soweit erforderlich dabei auch ergänzende Mindestmengen für einzelne onkologi-
454 sche Behandlungen festgelegt. Hieran hält der G-BA weiterhin fest.

455 Der G-BA hatte im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfangs aus
456 der ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie z. B.
457 Koordination der Versorgung, Tumorkonferenzen und Qualitätskonferenzen, bislang keine
458 Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Im vertragsärztlichen Bereich werden diese nicht
459 im EBM abgebildeten tumorspezifischen Behandlungsinhalte in der Onkologie-Vereinbarung
460 abgebildet, die darüber hinaus auch personelle und sächliche Voraussetzungen beinhaltet.
461 Demzufolge wird dem besonderen Aufwand der tumorspezifischen Behandlung im Rahmen
462 der ASV durch Aufnahme der folgenden Leistungen in Abschnitt 2 des Appendix Rechnung
463 getragen:

464

GKV und KBV:

Orientierend an der Onkologie-Vereinbarung wurde in Abschnitt 2 laufende Nummer 4a des Appendix der zusätzliche Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung) aufgenommen. Diese Leistung kann nur von den Mitgliedern des Kernteams erbracht werden, welche die arztbezogenen Mindestmengen nachgewiesen haben.

DKG:

Der zusätzliche Aufwand für die Koordination der Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren wird als zusätzliche Leistung aufgenommen. Unter Koordination der tumorspezifischen Versorgung sind z.B. Leistungen wie Therapieabsprachen zwischen einzelnen Leistungserbringern und organisatorische Tätigkeiten bzgl. der Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten zu verstehen.

465 In Abschnitt 2 laufende Nummer 5 des Appendix wurde der zusätzliche Aufwand für die Be-
466 handlung und/oder Betreuung einer Patientin oder eines Patienten mit einer gesicherten on-
467 kologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie (entsprechend Zusatzpau-

468 schalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung für andere Fachgebiete im
 469 Abschnitt 1 des Appendix, z.B. GOP 07345 des EBM) aufgenommen.

470 Damit wurden ergänzend zu den Leistungen entsprechend der Onkologie-Vereinbarung für
 471 die Strahlentherapeuten eine Zusatzpauschale für die onkologische Behandlung und/oder
 472 Betreuung aufgenommen, da diese derzeit für dieses Fachgebiet im EBM nicht enthalten ist.

473

<p>KBV und GKV-SV: Dies ist erforderlich, da diese Facharztgruppe ebenfalls die Teamleitung und damit nach § 3 Absatz 2 Satz 2 ASV-RL die Koordination der Behandlung übernehmen kann, <u>auch wenn sie die arztbezogene Mindestmengenanforderung der Onkologie-Vereinbarung nicht erfüllt.</u></p>	<p>DKG: Dies ist erforderlich, da diese Facharztgruppe ebenfalls die Teamleitung und damit nach § 3 Absatz 2 Satz 2 ASV-RL die Koordination der Behandlung übernehmen kann.</p>
---	---

474

<p>GKV-SV und KBV: In Abschnitt 2 laufende Nummer 6a des Appendix wurde der zusätzliche Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86516 der Onkologie-Vereinbarung aufgenommen. Diese Leistung kann nur von den Mitgliedern des Kernteams erbracht werden, welche die arztbezogenen Mindestmengen nachgewiesen haben.</p>	<p>DKG: Außerdem wird der zusätzliche Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie als neue Leistung aufgenommen.</p>
---	--

475 Daneben wird der besondere Aufwand insbesondere des Kernteams im Rahmen der ASV
 476 noch durch Aufnahme folgender Leistungen in den Abschnitt 2 laufende Nummern 7.1a bis
 477 8.2 des Appendix berücksichtigt:

478

<p>GKV-SV und KBV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung einer Patientin oder eines Patienten, 	<p>DKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlicher Aufwand für Durchführung und/oder Vorbereitung (z.B. Patienten-vorstellung) einer Tumorkonferenz • Teilnahme an einer Tumorkonferenz <p>Bei den Leistungen zu Tumorkonferenzen wird zwischen einem erhöhten Aufwand bei der Planung und Durchführung von Tumorkonferenzen, die durch ein Mitglied des Kernteams erfolgen soll, und der Teilnahme an Tumorkonferenzen, die allen Teammitgliedern möglich sein soll, unterschieden.</p>
--	--

479

<p>GKV-SV und KBV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) ASV-RL. 	<p>DKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung und/oder Vorbereitung einer Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL • -Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL <p>Auch bei den Leistungen bezüglich qualitätsorientierter Konferenzen wird zwischen</p>
--	--

	einem erhöhten Aufwand bei der Planung und Durchführung von Qualitätskonferenzen, die durch ein Mitglied des Kernteams erfolgen soll, und der Teilnahme an Qualitätskonferenzen, die allen Teammitgliedern möglich sein soll, unterschieden.
--	--

480 In Abschnitt 2 laufende Nummern 9.1a, 9.2 und 9.1b/9.2b des Appendix wurden zur Be-
 481 schreibung nicht im EBM abgebildeter Leistungen der Palliativversorgung folgende Leistun-
 482 gen aufgenommen:

483

<p>GKV-SV und KBV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 der Patientin bzw. des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV), • 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 der Patientin bzw. des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV). 	<p>DKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung mit Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und umfassender Symptomkontrolle und -therapie sowie psychosozialer Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen <p>Die Leistung wurde allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams zugeordnet, da bei entsprechender Qualifikation (Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“) alle für diese Leistung in Frage kommen können.</p>
--	--

484 Die Überleitung der Patientin bzw. des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder
 485 weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV) kann durch alle Mitglieder des interdiszi-
 486 plinären Teams ohne Zusatzweiterbildung Palliativmedizin erfolgen und bedarf nicht der
 487 Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments zu Beginn der
 488 Palliativbehandlung.

489 Die Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung (mindestens in Form einer Rufbereitschaft)
 490 wurde entsprechend der Vorgaben unter Ziffer 3.2 b aufgenommen.

491 **3 Bürokratiekostenermittlung**

492 *[Platzhalter]*

493 **4 Verfahrensablauf**

494 *[Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]*

495 Im Sommer 2012 begann die AG ASV mit vorbereitenden Beratungen zur Erstellung der
 496 Anlagen der ASV-RL.

497 Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Unterausschuss ASV) hat
 498 in seinen Sitzungen am 13. Februar 2013 und 13. März 2013 Eckpunkte zur Erstellung der
 499 Anlagen der ASV-RL beraten und sich u.a. darauf verständigt, Erkrankungen aus dem Be-
 500 reich der schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
 501 und der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fall-
 502 zahlen parallel zu bearbeiten. Hierfür wurde eine Reihenfolge der Bearbeitung der ersten
 503 Konkretisierungen konsentiert. In der Sitzung des Plenums am 21. März 2013 erfolgte neben
 504 der Beschlussfassung über die ASV-RL auch die Beschlussfassung über diese Eckpunkte.

505 Die AG ASV wurde in der Sitzung des Unterausschusses im Januar 2104 mit der Erarbei-
 506 tung der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorguppe 2 der ASV-RL beauftragt.

507 Zur Erarbeitung von Vorschlägen für die Regelung des Behandlungsumfangs auf Basis der
 508 Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) be-
 509 schloss der Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 13. Februar 2013 die Einsetzung der
 510 AG ASV-RL-Appendix.

511 In der AG ASV bzw. der AG ASV-RL-Appendix wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und
 512 im Unterausschuss ASV am 10. September 2014 beraten (s. untenstehende **Tabelle**).

513

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Januar 2014	Unterausschuss ASV	Beauftragung der AG ASV, die Beratung zu den erkrankungsspezifischen Regelungen für „gynäkologische Tumoren“ (aus dem Bereich der schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen) gemäß dem Eckpunktebeschluss vom 21. März 2013 aufzunehmen
25. Februar 2014	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
18. März 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
11. April 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
13. Mai 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
18. Juni 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
8. Juli 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
21. Juli 2014	AG ASV-RL-Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
28. Juli 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
18. August 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
26. August 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
10. September 2014	Unterausschuss ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
16. September 2014	AG ASV	Prüfung des Beschlussentwurfs und Beratung der Tragenden Gründe

514 **Tabelle:** Verfahrensablauf

515 **Stellungnahmeverfahren**

516 [Platzhalter]

517 **5 Fazit**

518 [Platzhalter]

519 **6 Zusammenfassende Dokumentation**

520 [Zur bzw. nach Beschlussfassung werden folgende Anlagen angefügt:

521 *Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung*

522 *Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussent-*
523 *wurf mit dem Entwurf der Tragenden Gründe*

524 *Anlage 3: Stellungnahmen*

525 *Anlage 4: Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absätze 5 und 5a*
526 *SGB V zum Beschlussentwurf*

527 *Anlage 5: Stenographisches Wortprotokoll zur Anhörung sowie Auswertung der mündli-*
528 *chen Stellungnahme gemäß § 91 Absätze 5 und 5a SGB V zum Beschluss-*
529 *entwurf*

530 *Anlage 6 Auflistung der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der Leistungen,*
531 *die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw.*
532 *Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behand-*
533 *lungsumfang]*

534 Berlin, den T. Monat JJJJ

535 Gemeinsamer Bundesausschuss
536 gemäß § 91 SGB V
537 Der Vorsitzende

538

539 Hecken



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Renate Höchstetter
Wegelystr. 8
10623 Berlin

Berlin, 24.10.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-378

E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd

Aktenzeichen: 872.010

**Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Änderung der Richtlinie ambulante
spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische
Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

Ihr Schreiben vom 29.09.2014

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3

Anlage



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche
Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische
Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Berlin, 24.10.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 29.09.2014 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Anlage 1 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) n. § 116b SGB V, schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren, aufgefordert.

Der Beschlussentwurf dient der weiteren Konkretisierung der im März 2013 vom G-BA festgelegten allgemeinen Rahmenbedingungen für die ASV und beinhaltet die konkrete Benennung der Erkrankung über die entsprechenden ICD-Codes und die Bestimmung des krankheitsspezifischen Behandlungsumfangs sowie der Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Bereits in ihrer Stellungnahme vom 16.01.2013 hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass die neue Versorgungsform der ASV das Potenzial zu einer verbesserten interdisziplinären und patientenzentrierten Versorgung hat, die auf vernetzten Strukturen im ambulanten und stationären Bereich aufbaut und eine sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung in Aussicht stellt.

Die Bundesärztekammer hatte sich aber auch bereits im Gesetzgebungsverfahren zur Reform des § 116b SGB V dahingehend geäußert, dass nicht nur die Auswahl der in den Katalog aufgenommenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen nach wie vor nur teilweise nachvollziehbar ist, sondern dass ein erheblicher Aufwand zur Regelung der neuen Versorgung zwischen den beiden Sektoren zu erwarten ist. Das Erfordernis einer trennscharfen, da erlöswirksamen Abgrenzung einer mit der ASV quasi neugeschaffenen Versorgungsform von der Regelversorgung ist systembedingt mit erheblichem Regulierungs- und Dokumentationsaufwand verbunden. Allein die Definitionsnotwendigkeit von „schweren“ Verlaufsformen und „besonderen“ Krankheitsverläufen führt unweigerlich zu Ausdifferenzierungserfordernissen, die für den Normgeber nur mit beträchtlichem Aufwand leistbar und für die Rezipienten zumindest ad hoc nicht unmittelbar nachvollziehbar sein dürften. Die zahlreichen Dissenspunkte in Abschnitt 1.1 der Anlage 1 illustrieren dies anschaulich im aktuell vorliegenden Beschlussentwurf.

Aus der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenhäuser ergibt sich die Notwendigkeit, sich für eine Beteiligung an der ASV mit einem hochkomplexen Regelungsgeflecht vertraut zu machen. Dies betrifft etwa die Prüfung der Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen und setzt sich fort bei der Interpretation und Anwendung der jeweiligen Appendizes für die Vergütung. Auch die sowohl vergütungsrechtliche als auch organisatorische Trennung von ASV-Leistungen von der Regelversorgung einerseits sowie von anderen Sonderformen der Versorgung wie z. B. DMPs andererseits wird zu beachten sein.

Ob der Nutzen der neuen Versorgungsform in einem vertretbaren Verhältnis zum Aufwand der Durchführung steht, wird sich erst noch erweisen müssen.

Unabhängig von diesen übergeordneten Erwägungen möchte die Bundesärztekammer im Folgenden noch auf einzelne Details des Richtlinienanhangs eingehen.

Zu Abschnitt 2, „Behandlung“

- Einschluss der Behandlung von Begleiterkrankungen (Zeile 113)
- Die Bundesärztekammer spricht sich für die Möglichkeit der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen aus, sofern dies im Rahmen der Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung gemäß ASV-Katalog und für den Behandlungserfolg dieser Erkrankung unmittelbar notwendig ist.

- Risikoadaptierte Nachsorge (Zeile 123)
 - Die Bundesärztekammer hält eine risikoadaptierte Nachsorge für sinnvoll unter der Voraussetzung, dass sie sich auf die innerhalb der Einrichtung bzw. durch das Team behandelte Patientinnen und Patienten beschränkt. Es ist davon auszugehen, dass viele Patienten nach ihrer Behandlung für die Nachsorge den Kontakt zum vertrauten Arzt beibehalten möchten. Zugunsten der Kontinuität der Behandlung und mit Blick auf den Erhalt der freien Arztwahl für die Patienten sollte insofern die Möglichkeit hierzu angeboten werden können.

- Schwangerschaftsmitbetreuung (Zeile 125)
 - Die Versorgung von Schwangeren ist im Bereich niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen etabliert. Eine parallele Betreuung mit unklaren Kompetenzabgrenzungen sollte vermieden werden.

- Durchführung von PET/PET-CT, sofern relevant für die Entscheidung zwischen verschiedenen Therapieoptionen (Zeile 138)
 - Die Möglichkeit einer Untersuchung mittels PET/PET-CT ist zu gewährleisten. Die Entscheidung für eine Untersuchungsmethode ist vor ihrer Anwendung stets sorgfältig abzuwägen; zusätzlich gilt das spezifische Gebot der Orientierung an der jeweils besten verfügbaren Evidenz n. § 5 Abs. 1 Satz 4 ASV-RL.

- Durchführung spezifischer Untersuchungen zur Therapiesteuerung (z.B. 21-gene RT-PCR-Assay, uPA/PAI-Testung) (Zeile 141)
 - Als Option zur Therapiesteuerung sollten auch molekulargenetische Testverfahren innerhalb der ASV-Versorgung möglich sein. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der ansonsten zu beobachtenden Bereitschaft, für die Versorgungsform ASV einen hohen Aufwand zu betreiben, was eine Ausklammerung potenziell effektiver diagnostischer Möglichkeiten unangemessen erscheinen lassen würde.

Zu Abschnitt 3.1, „Personelle Anforderungen“:

- Zuordnung von Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin (Zeile 190)
 - In der in Kraft getretenen Anlage 1 a der ASV-Richtlinie für die Tumorgruppe 1 - gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle – ist diese Qualifikation bereits dem interdisziplinären Team zugeordnet worden.

Zu Abschnitt 3.2, „Sächliche und organisatorische Anforderungen“:

- Forderung der Bereitstellung kostenlos erhältlichen Informationsmaterials für Patienten, wobei das Material „industriunabhängig“ zu sein hat (Zeile 251)

- Die Bundesärztekammer gibt erneut zu bedenken, dass eine solche Unabhängigkeit nicht immer zweifelsfrei zu erkennen sein wird. Auch wird nicht für jede gynäkologische Tumorentität laienverständliches und kostenloses Material verfügbar sein.
- Forderung, dass eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgen muss (Zeile 255)
- Die Bundesärztekammer begrüßt die Unterstützung von und die Zusammenarbeit mit Krebsregistern. Wie aber bereits aus der Formulierung selber zu entnehmen ist, bestehen landeseigene (und dabei nicht immer einheitliche) Regelungen, welcher Arzt bei welcher Gelegenheit eine Meldung zu tätigen hat. Insofern kann diese Forderung nicht mehr sein als ein appellativer Hinweis.

Zu Abschnitt 3.4, „Mindestmengen“:

- Festlegung einer Mindestmenge (Zeile 265)
- Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Festlegung einer Mindestmenge aus. Allein vor dem Hintergrund der bisherigen Rechtsprechung hat sich eine solche Festlegung als problematisch erwiesen. Zudem gilt als besonderes und innovatives Merkmal der ASV, dass es sich hierbei um eine Versorgungsform handelt, die mit ihren umfassenden und detaillierten Definitionen sächlicher und personeller Voraussetzungen primär über Qualitätsanforderungen gesteuert bzw. zugelassen wird. Die zusätzliche Verwendung des Qualitätssurrogats Mindestmenge im Katalog dieser Anforderungen bedeutet daher eine Überregulierung bei gleichzeitiger Inkaufnahme bekannter Risiken, die aus der nicht nur methodisch-wissenschaftlichen, sondern auch juristischen Angreifbarkeit konkreter Mindestmengen-Festlegungen entstehen.

Berlin, 24.10.2014



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Per E-Mail an: asv@g-ba.de

Ihre Nachricht vom
29.09.2014

Durchwahl
-140

Datum
24. Oktober 2014

**Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der ASV-Richtlinie:
Anlage 1 a – onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

vielen Dank für die durch den zuständigen Unterausschuss ambulante spezialfachärztliche Versorgung gewährte Möglichkeit einer Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer zu der im Betreff genannten Anlage der Richtlinie über die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (ASV-Richtlinie).

Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer berühren die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren die zahnärztliche Berufsausübung nicht.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Ass. jur. Sven Tschoepe. LL.M.
Leiter Abt. Versorgung und Qualität



BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Frau
Renate Höchstetter, MPH, MBA
Unterausschuss ASV
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

-per E-Mail-

Berlin, 22. Oktober 2014

Vorstand:
Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident
Dipl.-Psych. Monika Konitzer
Vizepräsidentin
Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehndorfer
Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

Stellungnahme zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung 116b SGB V – Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 29. September 2014, mit dem Sie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. In der Anlage übersenden wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Tophoven

Anlage

Konto
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01

**Stellungnahme zur Richtlinie ambulante spezialfach-
ärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)
gemäß § 91 Absatz 5 SGB V**

**zur Anlage 1 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit beson-
deren Krankheitsverläufen a) onkologische Erkrankungen – Tumor-
gruppe 2: gynäkologische Tumoren**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
22.10.2014**

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass in dem vorgelegten Entwurf zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bei gynäkologischen Tumoren auch Leistungen zur psychoonkologischen Versorgung der Patientinnen vorgesehen sind.

Eine Vielzahl von Studien an Krebspatienten belegt, dass die Diagnose und Behandlung der Erkrankung mit einer hohen psychosozialen Belastung der Betroffenen verbunden sein kann. Eine aktuelle, groß angelegte epidemiologische Studie (Mehnert et al., 2014) an insgesamt fast 6.000 Patienten bestätigt, dass knapp ein Drittel der Patienten (32 Prozent) mit einer Krebserkrankung in den letzten vier Wochen an einer komorbiden psychischen Erkrankung leidet. Dabei ist die Prävalenzrate bei Patientinnen mit Brustkrebs (41 Prozent) oder anderen gynäkologischen Tumoren (36 Prozent) mit am höchsten. Die häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen sind Angst- und Anpassungsstörungen.

Die S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“¹ gibt differenzierte Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung von erwachsenen Krebspatienten. Diese können weitgehend auf Basis der im Appendix vorgesehenen Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) umgesetzt werden. Hinsichtlich der Möglichkeit zur Erbringung dieser Leistungen bestehen jedoch unterschiedliche Voraussetzungen für die verschiedenen Leistungserbringer, die aus Sicht der BPTK zwingend aneinander angepasst werden müssen. Dies gilt grundsätzlich auch für die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei gastrointestinalen Tumoren.

¹ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> [Stand: 15.10.2014].

Empfehlungen der S3-Leitlinie

Nach den Empfehlungen und dem Versorgungsalgorithmus der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ sollen Patienten mit Krebserkrankungen folgende Leistungen angeboten werden:

- Erhebung psychosozialer Belastungen,
- bei starker Belastung: weiterführende psychotherapeutische Diagnostik,
- psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppeninterventionen bei ausgeprägter psychischer Belastung,
- bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung Verweis auf eine Behandlung gemäß der verfügbaren Leitlinien bei psychischen Erkrankungen. Eine unter Umständen indizierte psychotherapeutische Behandlung sollte gemäß der Psychotherapie-Richtlinie erfolgen.

Die „Erhebung der psychosozialen Belastung“ kann mittels eines geeigneten Kurzfragebogens oder im ärztlichen Gespräch im Rahmen der ärztlichen Befunderhebung durch das Kernteam der ASV erfolgen. Eine weiterführende psychotherapeutische Diagnostik bei starker Belastung ist von einem hinzuzuziehenden Psychologischen Psychotherapeut, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatik durchzuführen. Das Gleiche gilt für die Durchführung psychotherapeutischer Einzel- und Gruppeninterventionen bei hoher Belastung im Rahmen der ASV. Bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung kann eine Behandlung außerhalb der ASV im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erfolgen.

Anmerkungen und Änderungsvorschläge der BPTK zu Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Zu 2. Behandlungsumfang

Neben der psychotherapeutischen Beratung und Betreuung schlagen die Patientenvertretung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vor, den Behandlungsumfang um die Leistungen „psychoonkologische Beratung und Betreuung“ bzw. „psychoonkologische Einzel- und Gruppeninterventionen“ zu ergänzen.

Gemäß der Definition des Nationalen Krebsplans und der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ sind „Psychoonkologische Versorgung“ oder „Psychoonkologische Interventionen“ Überbegriffe für alle psychosozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen zur Linderung und Behandlung von psychischen und sozialen Belastungen im Kontext von Krebserkrankungen. Die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ beziehen sich deshalb auch auf einzelne Interventionen, wie z. B. Psychoedukation oder Psychotherapeutische Einzelinterventionen, und ihre Wirksamkeit im Kontext von Krebserkrankungen.

Ein Nebeneinanderstellen der Leistungen „Psychotherapeutische Beratung und Betreuung“ und „Psychoonkologische Beratung und Betreuung“ bzw. „Psychoonkologische Einzel- und Gruppenintervention“ widerspricht dieser Systematik und würde gleichzeitig zu Abgrenzungsproblemen zwischen den Leistungen hinsichtlich Indikation und Leistungserbringern führen. Die BPTK hält es deshalb nicht für sinnvoll, den Behandlungsumfang um diese Leistungen zu ergänzen.

Zu 3.1 Personelle Anforderungen

Psychologische Psychotherapeuten sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik und Psychotherapie verfügen aufgrund ihrer Aus- bzw. Weiterbildung über umfangreiche Kenntnisse zur Entstehung, Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen. Eine zusätzliche Qualifikation im Bereich der Psychoonkologie für die Erbringung von diagnostischen Leistungen zur Abklärung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung und zur psychotherapeutischen Beratung und Betreuung im Rahmen der ASV ist nicht erforderlich.

Zu 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Die Patientenvertretung fordert, dass für die Zusammenarbeit und Kooperation mit psychosozialen und psychoonkologischen Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen eine schriftliche Vereinbarung vorliegen sollte. Die BPTK kann nachvollziehen, dass eine schriftliche Vereinbarung eine verbindlichere Kooperation und Zusammenarbeit besser fördern könnte. Dies würde aber auch für die Kooperation mit den anderen genannten Gesundheitsfachdisziplinen, wie z. B. ambulanten Pflegediensten oder

Physiotherapie, gelten, weshalb diese Regelung entweder einheitlich für alle Gesundheitsfachdisziplinen gelten sollte oder für keine.

Anmerkungen und Änderungsvorschläge der BPTK zum Appendix des Beschlussentwurfs Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Zu Abschnitt 1 – Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM

Die BPTK begrüßt die Aufnahme aller nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Gesprächsziffern der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in den Appendix. Diese umfassen für alle drei Berufsgruppen psychiatrisch/psychosomatisch/psychotherapeutische Gesprächsleistungen im Einzel und teilweise auch in der Gruppe (Ziffern 21220, 21221, 22220, 22222, 23220), den Einsatz standardisierter Testverfahren (Ziffer 35300), Übende Verfahren, wie z. B. Entspannung nach Jacobsen im Einzel und in der Gruppe (Ziffern 35111, 35112) sowie für die psychosomatischen Fachärzte zusätzlich die differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (Ziffer 35100) sowie die Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (Ziffer 35110).

Aus Sicht der BPTK sind damit die im Rahmen der ASV erforderlichen psychoonkologischen Leistungen der Diagnostik und bedarfsabhängigen psychotherapeutischen Beratung und Betreuung der Patienten inhaltlich angemessen abgebildet.

In Bezug auf die Abrechnungsbestimmungen unterscheiden sich die GOP-Ziffern jedoch zwischen den verschiedenen Arztgruppen. Während die psychotherapeutischen Gesprächsziffern der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (Ziffern 21220 und 21221) unbegrenzt erbracht werden können, sind die psychotherapeutischen Gesprächsziffern der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ziffer 22220) und der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten (Ziffer 23220) nur bis zu 15-mal im Behandlungsfall erbringbar. Zudem gibt es – im Gegensatz zur

Facharztgruppe Psychiatrie – für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten keine Ziffer zur Erbringung psychotherapeutischer Gesprächsleistungen in der Gruppe (siehe auch Tabelle 1).

Tabelle 1: Überblick über die nicht antragspflichtigen Gesprächsziffern der verschiedenen Arztgruppen, die in Abschnitt 1 des Appendix aufgenommen wurden

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie		Abrechenbarkeit
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzel)	unbegrenzt
21221	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Gruppe)	unbegrenzt
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	max. 15 x im Behandlungsfall
22222	Psychotherapeutisch-medizinische Behandlung (Gruppe)	unbegrenzt
35100	Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	unbegrenzt
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	unbegrenzt
Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten		
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzel)	max. 15 x im Behandlungsfall

In den Tragenden Gründen zum Beschlusssentwurf (Seite 12, oben) argumentieren GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung, dass alle Leistungsbestandteile der psychoonkologischen Versorgung durch die GOP des EBM abgedeckt seien, da alle Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Qualifikation gemäß § 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung berechtigt seien, psychosomatische Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie antragsfrei abzurechnen. Das ist sachlich falsch. § 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung regelt nur die fachlichen Voraussetzungen für ärztliche Psychotherapeuten, um Leistungsinhalte gemäß Ziffern 35100 und 35110 abzurechnen. Psychologische Psychotherapeuten sind demnach nicht berechtigt, diese Leistungen zu erbrin-

gen. Hieraus folgt, dass Psychologische Psychotherapeuten (und ärztliche Psychotherapeuten, sofern sie nicht über die erforderliche Qualifikation gemäß § 5 Absatz 6 Psychotherapie-Vereinbarung verfügen) auf der Basis der bestehenden Gebührenordnungspositionen des EBM psychotherapeutische Einzelgespräche maximal im Umfang von 15 x 10 Minuten pro Behandlungsfall und keine psychotherapeutischen Gruppeninterventionen erbringen können. Der Umfang der psychoonkologischen Versorgung im Rahmen der ASV hängt für die Patienten somit unter anderem auch davon ab, von welcher Facharztgruppe sie behandelt werden. Dies ist aus Sicht der BPTK fachlich nicht zu begründen und kann daher so nicht gewollt sein. Da eine Änderung der bestehenden Gebührenordnungspositionen des EBM zu langwierig und unpraktikabel erscheint, schlägt die BPTK vor, die entsprechenden Leistungen für Psychologische und ärztlichen Psychotherapeuten in Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs) zu ergänzen:

- Psychotherapeutisches Gespräch (Einzel),
- Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppe).

Die GOP 23220 in Abschnitt 1 des Appendix kann dann entfallen.

Eine entsprechende Anpassung des Appendix der Anlage 1a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sollte spätestens bei der nächsten Überarbeitung der Anlage erfolgen.

Zu Abschnitt 2 – Behandlungsumfang basierend auf den GOP des EBM

Entsprechend der Argumentation zu 2. Behandlungsumfang hält die BPTK eine Aufnahme der Leistung „Psychoonkologische Einzel- und Gruppeninterventionen bei sub-syndromalen Belastungen“ nicht für sinnvoll, da sie hinsichtlich der Indikationen und Leistungserbringer zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten führen wird. Auch in psychoonkologischen Teams an Krankenhäusern arbeitet in der Regel mindestens ein entsprechender Facharzt oder Psychotherapeut, sodass die Leistungserbringung im Rahmen der ASV auch durch Krankenhäuser, die die entsprechende Strukturqualität vorweisen, möglich ist.

Literatur

Mehnert A., Brähler E., Faller H. et al., 2014: Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities, J Clin Oncol 32.



Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-312

TELEFAX (0228) 997799-550

E-MAIL ref3@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Alexander Wierichs

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 27.10.2014

GESCHÄFTSZ. III-315/072#0736

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anla-
ge 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologi-
sche Tumoren**

BEZUG Ihr Schreiben vom 29. September 2014 (Sh/NIE)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V danke ich.

Nach dem Entwurf zu „3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen“ ist durch
eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge zu tragen, dass – Buch-
stabe q – (strittiger Punkt)

- eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt
- die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen
(alternativ: soweit unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen
möglich)
- zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und
Fachärzte
- des Kernteams
(alternativ: im interdisziplinären Team)
- ermöglicht



(alternativ: z. B. in Form einer elektronischen Patientenakte).

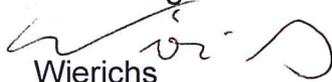
Im Übrigen wird vorgeschlagen, keine Regelung zu treffen.

Die in den Tragenden Gründen dazu gegebene Begründung, der „zeitnahe Zugriff auf behandlungsrelevante Befunde bzw. Befunddokumentationen im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit im ASV-Team wird als Standard angesehen, da nur so eine umfassende und abgestimmte spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen gewährleistet werden kann“, ist als Zielformulierung aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht zu kritisieren. Eine entsprechende Realisierung bedarf allerdings einer Regelungstiefe, die sowohl für alle an der Zusammenarbeit im ASV-Team Beteiligten als auch für die Patienten die wesentlichen Voraussetzungen für eine Befund- und Behandlungsdokumentation nachvollziehbar macht. So sollte beispielsweise geregelt sein, wo diese geführt wird. Möglicherweise kommt dafür die Teamleitung nach § 3 Absatz 2 der ASV-RL in Betracht. Sofern an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ausschließlich Ärzte eines Krankenhauses beteiligt sind, wird dafür gegebenenfalls ein Krankenhausinformationssystem Grundlage sein können. Da ein ASV-Team sich im Weiteren ausschließlich aus niedergelassenen Ärzten oder auch gemischt aus Ärzten eines Krankenhauses und aus niedergelassenen Ärzten zusammensetzen kann, ergeben sich insbesondere bei solchen Teams Fragen dazu, wo die Befund- und Behandlungsdokumentation geführt und unter welchen Voraussetzungen die an der Behandlung beteiligten Ärzte Zugriff haben. Sofern alle Dokumente einer Stelle (Teamleiter) zugeführt werden, aber nur diese Stelle Zugriff auf alle diese Dokumente hat, wäre damit noch kein Zugriff aller berechtigten Ärzte auf alle Dokumente gewährleistet. Deshalb besteht zunächst auch aus datenschutzrechtlicher Sicht ein detaillierterer Regelungsbedarf. Sofern dann noch die Notwendigkeit besteht, auf einzelne zu beachtende datenschutzrechtliche Bestimmungen hinzuweisen, sollte dies nicht nur in allgemeiner Form erfolgen, sondern sollten solche auch konkret benannt werden.

Da ich davon ausgehe, dass diese Stellungnahme von Ihnen als Teil der tragenden Gründe in das Internet eingestellt wird, bin ich Ihnen dankbar, wenn Sie mich über den Zeitpunkt der Einstellung unter Angabe des obigen Geschäftszeichens informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag


Wierichs

**Auswertung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische
Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	22. Oktober 2014	Stellungnahme
Bundesärztekammer (BÄK)	24. Oktober 2014	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	24. Oktober 2014	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	27. Oktober 2014	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 6. November 2014 vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 26. November 2014 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BÄK (24.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 2, "Behandlung"</p> <p>Einschluss der Behandlung von Begleiterkrankungen (Zeile 113)</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich für die Möglichkeit der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen aus, sofern dies im Rahmen der Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung gemäß ASV-Katalog und für den Behandlungserfolg dieser Erkrankung unmittelbar notwendig ist.</p>	<p>Der Beschlussvorschlag von DKG und PatV enthält die Behandlung von Begleiterkrankungen. Zur Klarstellung wurde im Beschlussentwurf der Halbsatz „<i>Begleiterkrankungen, die sich mit der ASV-Erkrankung in der Versorgung wechselseitig beeinflussen</i>“ ersetzt durch die Formulierung „<i>Begleiterkrankungen, sofern diesbezüglich erforderliche Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang zur §116b-Erkrankung stehen</i>“.</p> <p>GKV-SV und KBV: Wie bei den bereits beschlossenen Konkretisierungen umfasst die Behandlung auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, zusätzlich werden über die Regelung des § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL unnötige Brüche im Behandlungsablauf auch im Krankenhaus vermieden.</p>
2.	BÄK (24.10.2014)	<p>Risikoadaptierte Nachsorge (Zeile 123)</p> <p>Die Bundesärztekammer hält eine risikoadaptierte Nachsorge für sinnvoll unter der Voraussetzung, dass sie sich auf die innerhalb der Einrichtung bzw. durch das Team behandelte Patientinnen und Patienten beschränkt. Es ist davon auszugehen, dass viele Patienten nach ihrer Behandlung für die Nachsorge den Kontakt zum vertrauten Arzt beibehalten möchten. Zugunsten der Kontinuität der Behandlung und mit Blick auf den Erhalt der freien Arztwahl für die Patienten sollte insofern die Möglichkeit hierzu angeboten werden können</p>	<p>Der Beschlussvorschlag der DKG und PatV enthält die Aufzählung der „risikoadaptierten Nachsorge“.</p> <p>GKV-SV und KBV: Ein besonderer Bedarf der Weiterversorgung innerhalb der ASV allein zur Durchführung dieser Nachsorge besteht nicht, es sei denn, die Voraussetzungen des schweren Verlaufs dieser Konkretisierung bestehen fort.</p>
3.	BÄK (24.10.2014)	<p>Schwangerschaftsmitbetreuung (Zeile 125)</p> <p>Die Versorgung von Schwangeren ist im Bereich niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen etabliert. Eine parallele Betreuung</p>	<p>Im Beschlussentwurf der DKG und PatV wird eine Schwangerschaftsmitbetreuung gefordert. Die übliche Schwangerschaftsbetreuung ist damit explizit nicht gemeint. Diese soll weiterhin beim niedergelassenen</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		mit unklaren Kompetenzabgrenzungen sollte vermieden werden.	<p>Gynäkologen erfolgen. Da aber bei gleichzeitigem Vorliegen einer gynäkologischen Tumorerkrankung und einer Schwangerschaft sowohl eine Änderung der onkologischen Therapie als auch eine gesonderte Schwangerschaftsbetreuung in Form weiterer oder häufigerer Untersuchungen notwendig sein kann, soll hiermit die Möglichkeit einer zusätzlichen Mitbetreuung durch einen auch im onkologischen Erkrankungsspektrum spezialisierten Gynäkologen bestehen.</p> <p>Der Beschlussvorschlag des GKV-SV und der KBV beinhaltet, wie von der BÄK vorgeschlagen, keine Schwangerschaftsmitbetreuung. Daher keine Änderung des Vorschlags erforderlich.</p>
4.	BÄK (24.10.2014)	<p>Durchführung von PET/PET-CT, sofern relevant für die Entscheidung zwischen verschiedenen Therapieoptionen (Zeile 138)</p> <p>Die Möglichkeit einer Untersuchung mittels PET/PET-CT ist zu gewährleisten. Die Entscheidung für eine Untersuchungsmethode ist vor ihrer Anwendung stets sorgfältig abzuwägen; zusätzlich gilt das spezifische Gebot der Orientierung an der jeweils besten verfügbaren Evidenz n. § 5 Abs. 1 Satz 4 ASV-RL</p>	<p>Im Beschlussvorschlag von DKG, KBV und PatV werden PET/PET-CT-Untersuchungen genannt.</p> <p>GKV-SV: Für eine Anwendung der PET/PET-CT bei Mamma-Karzinom in der ASV fehlen evidenzbasierte Leitlinien des Niveaus einer S3-Leitlinie. Daher würde eine Aufnahme des PET/PET-CT in den Behandlungsumfang der ASV dem § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL widersprechen.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
5.	BPtK (22.10.2014)	<p>Zu 2. Behandlungsumfang Neben der psychotherapeutischen Beratung und Betreuung schlagen die Patientenvertretung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vor, den Behandlungsumfang um die Leistungen „psychoonkologische Beratung und Betreuung“ bzw. „psychoonkologische Einzel- und Gruppeninterventionen“ zu ergänzen.</p> <p>Gemäß der Definition des Nationalen Krebsplans und der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ sind „Psychoonkologische Versorgung“ oder „Psychoonkologische Interventionen“ Überbegriffe für alle psychosozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen zur Linderung und Behandlung von psychischen und sozialen Belastungen im Kontext von Krebserkrankungen. Die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ beziehen sich deshalb auch auf einzelne Interventionen, wie z. B. Psychoedukation oder Psychotherapeutische Einzelinterventionen, und ihre Wirksamkeit im Kontext von Krebserkrankungen.</p> <p>Ein Nebeneinanderstellen der Leistungen „Psychotherapeutische Beratung und Betreuung“ und „Psychoonkologische Beratung und Betreuung“ bzw. „Psychoonkologische Einzel- und Gruppenintervention“ widerspricht dieser Systematik und würde gleichzeitig zu Abgrenzungsproblemen zwischen den Leistungen hinsichtlich Indikation und Leistungserbringern führen. <u>Die BPtK hält es deshalb nicht für sinnvoll, den Behandlungsumfang um diese Leistungen zu ergänzen.</u></p>	<p>DKG und PatV: Bezüglich der Stellungnahme der BPtK bestehen noch Unklarheiten, so dass die mündliche Anhörung hinsichtlich einer abschließenden Würdigung abzuwarten ist [siehe auch Auswertung unter II. Anhörung].</p> <p>Im Beschlussentwurf von GKV-SV und KBV sind die Leistungen „Psycho-onkologische Beratung und Betreuung“ und die „Psycho-onkologische Einzel- oder Gruppeninterventionen bei subsyndromaler Belastung“ nicht enthalten. Daher zunächst keine Änderung des Vorschlags [siehe auch Auswertung unter II. Anhörung].</p>
6.	BÄK (24.10.2014)	<p>Durchführung spezifischer Untersuchungen zur Therapiesteuerung (z.B. 21-gene RTPCR-Assay, uPA/PAI-Testung) (Zeile 141)</p> <p>Als Option zur Therapiesteuerung sollten auch molekulargenetische Testverfahren innerhalb der ASV-Versorgung möglich sein. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der ansonsten zu beobachtenden Bereitschaft, für die Versorgungsform ASV einen hohen Aufwand zu betreiben, was eine Ausklammerung potenziell effektiver diagnostischer Möglichkeiten unangemessen erscheinen lassen würde.</p>	<p>Im Beschlussentwurf der DKG, KBV und PatV werden molekulargenetische Testverfahren genannt.</p> <p>Der GKV-SV definiert nunmehr eine Patientengruppe, die möglicherweise von einer spezifischen Untersuchung mit Genexpressionsanalyse profitiert.</p>
7.	BÄK (24.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 3.1, "Personelle Anforderungen":</p>	<p>Im Beschlussentwurf der DKG, GKV-SV und PatV ist</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Zuordnung von Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin (Zeile 190)</p> <p>In der in Kraft getretenen Anlage 1 a der ASV-Richtlinie für die Tumorgruppe 1 - gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle – ist diese Qualifikation bereits dem interdisziplinären Team zugeordnet worden.</p>	die Beibehaltung der Zuordnung der Fachärzte für Palliativmedizin im interdisziplinären Team formuliert. Die KBV schließt sich diesem Beschlussvorschlag an.
8.	BPtK (22.10.2014)	<p>Zu 3.1 Personelle Anforderungen</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik und Psychotherapie verfügen aufgrund ihrer Aus- bzw. Weiterbildung über umfangreiche Kenntnisse zur Entstehung, Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen. <u>Eine zusätzliche Qualifikation im Bereich der Psychoonkologie für die Erbringung von diagnostischen Leistungen zur Abklärung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung und zur psychotherapeutischen Beratung und Betreuung im Rahmen der ASV ist nicht erforderlich.</u></p>	<p>Eine zusätzliche Qualifikation im Bereich der Psychoonkologie ist im Beschlussentwurf von DKG, GKV-SV und KBV nicht vorgesehen.</p> <p>PatV: Mit dieser Qualifikationsangabe wird der zunehmenden Bedeutung der Psychoonkologie in der Versorgung Rechnung getragen.</p>
9.	BPtK (22.10.2014)	<p>Zu 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen</p> <p>Die Patientenvertretung fordert, dass für die Zusammenarbeit und Kooperation mit psychosozialen und psychoonkologischen Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen eine schriftliche Vereinbarung vorliegen sollte. Die BPtK kann nachvollziehen, dass eine schriftliche Vereinbarung eine verbindlichere Kooperation und Zusammenarbeit besser fördern könnte. Dies würde aber auch für die Kooperation mit den anderen genannten Gesundheitsfachdisziplinen, wie z. B. ambulanten Pflegediensten oder Physiotherapie, gelten, weshalb <u>diese Regelung entweder einheitlich für alle Gesundheitsfachdisziplinen gelten sollte oder für keine.</u></p>	<p>DKG, GKV-SV und KBV: Die unter 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet werden, für die keine vertragliche und damit auch keine schriftliche Vereinbarung erforderlich ist.</p> <p>PatV: Keine Änderung des Beschlussvorschlags. Die Schlussfolgerung der BPtK ist nicht zutreffend.</p>
10.	BÄK (24.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 3.2, "Sächliche und organisatorische Anforderungen":</p> <p>Forderung der Bereitstellung kostenlos erhältlichen Informationsmaterials für Patienten, wobei das Material "industriunabhängig" zu sein hat (Zeile 251, Buchstabe o)</p> <p>Die Bundesärztekammer gibt erneut zu bedenken, dass eine solche</p>	Dem Vorschlag der BÄK wird nicht gefolgt. Die Formulierung wurde aus der ABK-RL übernommen. Dem G-BA sind keine Schwierigkeiten aus der Umsetzung bekannt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Unabhängigkeit nicht immer zweifelsfrei zu erkennen sein wird. Auch wird nicht für jede gynäkologische Tumorentität laienverständliches und kostenloses Material verfügbar sein.	
11.	BÄK (24.10.2014)	<p>Forderung, dass eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgen muss (Zeile 255, Buchstabe p)</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt die Unterstützung von und die Zusammenarbeit mit Krebsregistern. Wie aber bereits aus der Formulierung selber zu entnehmen ist, bestehen landeseigene (und dabei nicht immer einheitliche) Regelungen, welcher Arzt bei welcher Gelegenheit eine Meldung zu tätigen hat. Insofern kann diese Forderung nicht mehr sein als ein appellativer Hinweis.</p>	Die Anmerkung der BÄK wurde zur Kenntnis genommen. Hierdurch ergibt sich keine Änderung des Beschlussvorschlags. Patienten im Rahmen der ASV sollen entsprechend der landesspezifischen Regelungen bei den Krebsregistern registriert werden. Dem Umstand, dass es landesspezifisch heterogene Regelungen gibt, wird mit der Formulierung Rechnung getragen.
12.	BfDI (27.10.2014)	<p>Nach dem Entwurf zu "3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen" ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge zu tragen, dass- Buchstabe q - (strittiger Punkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> – eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt – die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (alternativ: soweit unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen möglich) – zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte – des Kernteams (alternativ: im interdisziplinären Team) <p>ermöglicht(alternativ: z. B. in Form einer elektronischen Patientenakte).</p> <p>Im Übrigen wird vorgeschlagen, keine Regelung zu treffen.</p> <p>Die in den Tragenden Gründen dazu gegebene Begründung, der "zeitnahe Zugriff auf behandlungsrelevante Befunde bzw. Befunddokumentationen im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit im ASV-Team wird als Standard angesehen, da nur so eine umfassende und abgestimmte spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen</p>	<p>Der Beschlussentwurf von DKG und KBV sieht keine Regelung vor. Die Ausführungen in der Stellungnahme verdeutlichen, dass es einer hohen Detailtiefe in solchen Regelungen bedürfte, die jedoch nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der sonstigen Regelungstiefe in dieser Richtlinie stehen würde. Insofern wird die Position, die Ausführungen unter q) zu streichen, beibehalten.</p> <p>GKV-SV und PatV: Die Zielformulierung ist laut BfDI datenschutzrechtlich nicht zu kritisieren. Von einer weiteren Konkretisierung durch den G-BA wird abgesehen, damit die unterschiedlichen Voraussetzungen vor Ort berücksichtigt werden können.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>und Patienten mit schweren Verlaufsformen gewährleistet werden kann", ist als Zielformulierung aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht zu kritisieren. Eine entsprechende Realisierung bedarf allerdings einer Regelungstiefe, die sowohl für alle an der Zusammenarbeit im ASV-Team Beteiligten als auch für die Patienten die wesentlichen Voraussetzungen für eine Befund- und Behandlungsdokumentation nach-vollziehbar macht. So sollte beispielsweise geregelt sein, wo diese geführt wird. Möglicherweise kommt dafür die Teamleitung nach § 3 Absatz 2 der ASV-RL in Betracht. Sofern an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ausschließlich Ärzte eines Krankenhauses beteiligt sind, wird dafür gegebenenfalls ein Krankenhausinformationssystem Grundlage sein können. Da ein ASV-Team sich im Weiteren ausschließlich aus niedergelassenen Ärzten oder auch gemischt aus Ärzten eines Krankenhauses und aus niedergelassenen Ärzten zusammensetzen kann, ergeben sich insbesondere bei solchen Teams Fragen dazu, wo die Befund- und Behandlungsdokumentation geführt und unter welchen Voraussetzungen die an der Behandlung beteiligten Ärzte Zugriff haben. Sofern alle Dokumente einer Stelle (Teamleiter) zugeführt werden, aber nur diese Stelle Zugriff auf alle diese Dokumente hat, wäre damit noch kein Zugriff aller berechtigten Ärzte auf alle Dokument gewährleistet. Deshalb besteht zunächst auch aus datenschutzrechtlicher Sicht ein detaillierterer Regelungsbedarf. Sofern dann noch die Notwendigkeit besteht, auf einzelne zu beachtende datenschutzrechtliche Bestimmungen hinzuweisen, sollte dies nicht nur in allgemeiner Form erfolgen, sondern sollten solche auch konkret benannt werden.</p>	
13.	BÄK (24.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 3.4, "Mindestmengen": Festlegung einer Mindestmenge (Zeile 265)</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Festlegung einer Mindestmenge aus. Allein vor dem Hintergrund der bisherigen Rechtsprechung hat sich eine solche Festlegung als problematisch erwiesen. Zudem gilt als besonderes und innovatives Merkmal der ASV, dass es sich hierbei um eine Versorgungsform handelt, die mit ihren umfassenden und detaillierten Definitionen sächlicher und personeller Voraussetzungen primär über Qualitätsanforderungen gesteuert bzw.</p>	<p>Der Beschlussvorschlag der DKG enthält keine Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>GKV-SV, KBV und PatV: Dem Vorschlag der BÄK auf Mindestmengen komplett zu verzichten, wird nicht gefolgt. Es geht um den Nachweis der gesetzlich geforderten Expertise und Erfahrung des Leistungserbringers.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		zugelassen wird. Die zusätzliche Verwendung des Qualitätssurrogats Mindestmenge im Katalog dieser Anforderungen bedeutet daher eine Überregulierung bei gleichzeitiger Inkaufnahme bekannter Risiken, die aus der nicht nur methodisch-wissenschaftlichen, sondern auch juristischen Angreifbarkeit konkreter Mindestmengen-Festlegungen entstehen	
14.	BPtK (22.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 1 des Appendix – Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM (<i>Auszug aus Stellungnahme der BPtK</i>)</p> <p>Die GOP 23220 [Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten] kann im Abschnitt 1 des Appendix entfallen, wenn in Abschnitt 2 des Appendix für diese Fachgruppe folgende Leistungen aufgenommen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutisches Gespräch (Einzel), • Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppe). <p>Begründung: „§ 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung regelt nur die fachlichen Voraussetzungen für ärztliche Psychotherapeuten, um Leistungsinhalte gemäß Ziffern 35100 und 35110 abzurechnen. Psychologische Psychotherapeuten sind demnach nicht berechtigt, diese Leistungen zu erbringen. Hieraus folgt, dass Psychologische Psychotherapeuten (und ärztliche Psychotherapeuten, sofern sie nicht über die erforderliche Qualifikation gemäß § 5 Absatz 6 Psychotherapie-Vereinbarung verfügen) auf der Basis der bestehenden Gebührenordnungspositionen des EBM psychotherapeutische Einzelgespräche maximal im Umfang von 15 x 10 Minuten pro Behandlungsfall und keine psychotherapeutischen Gruppeninterventionen erbringen können. Der Umfang der psychoonkologischen Versorgung im Rahmen der ASV hängt für die Patienten somit unter anderem auch davon ab, von welcher Facharztgruppe sie behandelt werden. Dies ist aus Sicht der BPtK fachlich nicht zu begründen und kann daher so nicht gewollt sein.“</p>	<p>Die KBV und der GKV-SV prüfen die Empfehlung der BPtK.</p> <p>DKG und PatV: Bezüglich der Stellungnahme der BPtK bestehen noch Unklarheiten, so dass die mündliche Anhörung hinsichtlich einer abschließenden Würdigung abzuwarten ist [<i>siehe auch Auswertung unter II. Anhörung</i>].</p>
15.	BPtK (22.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 2 des Appendix (<i>Auszug aus Stellungnahme der BPtK</i>)</p> <p>Leistungen für Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten in Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Be-</p>	<p>DKG und PatV: Bezüglich der Stellungnahme der BPtK bestehen noch Unklarheiten, so dass die mündliche Anhörung hinsichtlich einer abschließenden Würdigung</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>handlungsumfangs) wie folgt ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutisches Gespräch (Einzel), • Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppe). <p>„Entsprechend der Argumentation zu 2. Behandlungsumfang hält die BPtK eine Aufnahme der Leistung „Psychoonkologische Einzel- und Gruppeninterventionen bei subsyndromalen Belastungen“ nicht für sinnvoll, da sie hinsichtlich der Indikationen und Leistungserbringer zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten führen wird. Auch in psychoonkologischen Teams an Krankenhäusern arbeitet in der Regel mindestens ein entsprechender Facharzt oder Psychotherapeut, sodass die Leistungserbringung im Rahmen der ASV auch durch Krankenhäuser, die die entsprechende Strukturqualität vorweisen, möglich ist.“</p>	<p>abzuwarten ist [siehe auch Auswertung unter II. Anhörung].</p> <p>Die KBV und der GKV-SV prüfen die Empfehlung der BPtK.</p>

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigte Organisationen wurden eingeladen bzw. angehört:

Organisation	Einladung am	Zur Anhörung erschienen:
Bundesärztekammer (BÄK)	10. November 2014	nein
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	10. November 2014	ja
Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	10. November 2014	nein

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 26. November 2014 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BPtK	s. lfd. Nr. 5, 14, 15 der Tabelle unter I.	<p>GKV-SV und KBV: Im Abschnitt 2 des Appendix wird folgende Position ergänzt: „Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall“.</p> <p>DKG und PatV: Als Ergebnis der Auswertung der mündlichen Anhörung wurde die Leistungsbeschreibung zu den psychoonkologischen Interventionen im Behandlungsumfang und im Abschnitt 2 des Appendix enger an die Formulierung der S3-Leitlinie „Psychoonkologie bei erwachsenen Krebspatienten“ angepasst und lautet nun wie folgt: „Psychoonkologische / psychotherapeutische Einzel- oder Gruppeninterventionen bei subsyndromaler psychischer Belastung“.</p>
2.	BPtK	s. lfd. Nr. 8 der Tabelle unter I.	PatV: Keine Änderung des Beschlussvorschlags aufgrund der Anhörung.



Mündliche Anhörung

gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie
ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V
(ASV-RL):**

**Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tu-
morgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

Sitzung des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Hause des Gemein-
samen Bundesausschusses in Berlin
am 26. November 2014
von 12.08 Uhr bis 12.23 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmerin für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Frau Dr. ...

Verwendete Abkürzungen:

ASV: ambulante spezialfachärztliche Versorgung

DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Beginn der Anhörung: 12.08 Uhr

(Die angemeldete Teilnehmerin betritt den Raum)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlich willkommen, Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK). An dieser Stelle auch vielen Dank für Ihre schriftliche Stellungnahme, die Sie schon eingereicht haben und die wir auch schon gewürdigt haben. Ich mache der Vollständigkeit halber darauf aufmerksam, dass diese Anhörung nicht der nochmaligen, dann mündlichen Erläuterung bereits schriftlich vorgetragener Punkte dient, sondern der Eruiierung zusätzlicher Informationen. Sie sind in Ihrer schriftlichen Stellungnahme insbesondere auf die Abbildung der psychoonkologischen Leistungen eingegangen. Ich frage deswegen jetzt direkt die Bänke: Gibt es Fragen an die Vertreterin der Bundespsychotherapeutenkammer? Wer möchte beginnen?

DKG: Wir haben Ihre Stellungnahme mit Interesse gelesen. Für uns war eine Sache nicht ganz nachvollziehbar, bzw. wir haben dazu Fragen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geäußert, dass Sie die Leistung „Psychoonkologische Einzel- und Gruppeninterventionen bei subsyndromalen Belastungen“ bei dieser Konkretisierung nicht für sinnvoll halten. Das hat uns insofern etwas verwundert, weil Sie noch in der Stellungnahme zu den gastrointestinalen Tumoren genau diese Punkte in Bezug auch auf die S3-Leitlinie, in der diese Dinge explizit mit hohem Empfehlungsgrad geschildert sind, gefordert haben. Uns ist ehrlich gesagt nicht so ganz klar, warum das jetzt anders ist, weil wir nicht erkennen können, dass Patienten mit Brustkrebs oder Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren andere Patienten sind als Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Ich wüsste auch nicht, dass in der S3-Leitlinie zwischen verschiedenen Tumorentitäten unterschieden wird. Insofern wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie näher erläutern könnten, warum das auf einmal bei ASV-Patienten nicht erforderlich ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Vertreterin der Bundespsychotherapeutenkammer, bitte.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Es ist richtig, dass unsere Stellungnahme da jetzt etwas anders lautet. Sie ist aber nicht inhaltlich anders, sondern im „Naming“. Das Problem ist, in der Leitlinie gibt es keine psychoonkologischen Einzelinterventionen und auch keine psychoonkologischen Gruppeninterventionen in diesem Sinne, sondern psychoonkologische Interventionen sind der Überbegriff für verschiedene psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen, die zur Versorgung der Krebspatienten geleistet werden. In diesem Sinne haben wir uns dieser Terminologie angeschlossen. Eine ähnliche Definition ist auch im Nationalen Krebsplan erfolgt. Psychoonkologie ist der Klammerbegriff für psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen zur Beratung und Betreuung von Krebspatienten bei deren psychischen Belastungen.

Das ist der Grund, warum wir sagen, da gibt es Unschärfen. Es ist aus unserer Sicht, wenn man dieser Definition folgt, einfacher. Die Frage ist: Wie wollen Sie psychoonkologische Interventionen in dem Appendix, den Sie haben, von den anderen Gesprächsziffern, die im Appendix aufgenommen sind, abgrenzen? Was ist da der Unterschied? Ist das dann keine Psychoonkologie, und sind das andere psychoonkologische Einzel- und Gruppeninterventionen? Aus unserer Sicht schafft es mehr Klarheit, wenn man Psychoonkologie als Oberbegriff lässt und dann die einzelnen Leistungen, wie sie auch im Appendix aufgeführt sind – in diesem Fall sind es psychotherapeutische Leistungen zur Beratung und Betreuung von Krebspatienten –, darunter fasst.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Die DKG.

DKG: Noch einmal direkt dazu. Wir hatten in der Konkretisierung damals bei den gastrointestinalen Tumoren hierfür extra vorgesehen, im Appendix Abschnitt 2 etwas Neues zu kreieren, um genau den Wünschen oder Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer nachzukommen. Sie hatten das damals auch sehr dezidiert dargelegt. Wir haben das auch diesmal im Grunde genommen so weiter verfolgt. Es ist bei uns nicht implizit gesagt worden, dass das alles schon im Bestehenden enthalten ist, sondern dass es ein extra, gegebenenfalls auch noch im weiteren Nachgang dann vom ergänzten Bewertungsausschuss weiter auszugestaltender Bereich ist. Wir haben das dadurch sehr deutlich gemacht, dass wir es im Abschnitt 2 des Appendix wortgleich verortet haben. Es steht an sehr exponierter Stelle in den Leitlinien, es sind mehrere mit Kategorie A gekennzeichnete Empfehlungen. Insofern waren wir schon etwas verwundert, dass diese auf einmal nicht gelten sollen. Ist es aus Ihrer Sicht so, dass ohne diese Ergänzung eine psychoonkologische Versorgung durch im ASV-Team Beteiligte, seien es ärztliche oder nichtärztliche Psychologen, Psychosomatiker oder Psychiater, dann wirklich ausreichend gewährleistet ist? Das erschien uns doch sehr fraglich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Bundespsychotherapeutenkammer.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Wenn Sie genau in die Leitlinie hineinschauen, wie die Empfehlungen lauten, die mit Empfehlungsgrad A gegeben werden, so stellen Sie fest, dass da nicht von psychoonkologischen Interventionen die Rede ist, sondern explizit immer steht: Psychotherapeutische Einzelinterventionen werden empfohlen, psychotherapeutische Gruppeninterventionen werden empfohlen, psychosoziale Beratung wird bei bestimmten Problemlagen empfohlen. Das ist der eine Grund. Deshalb widerspricht unsere Stellungnahme nicht dem, was in den Leitlinien empfohlen wird. Da taucht der Begriff „psychoonkologische Interventionen“ oder „Einzelinterventionen“ so nicht auf, zumindest nicht in den einzelnen konkreten Empfehlungen.

Zudem ist unbestritten – das haben wir in unserer Stellungnahme ausgeführt –: Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen können im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie außerhalb der ASV behandelt werden. – Die übrigen Patienten, bei denen eine sehr hohe Belastung festgestellt wird und die auch – um das jetzt als Überbegriff zu nehmen – psychoonkologisch betreut oder beraten werden sollen, können aus unserer Sicht mit den im Appendix aufgeführten antragsfreien Ziffern ausreichend betreut werden, mit dem Hinweis, den wir gegeben haben, dass es da hinsichtlich der bestehenden EBM-Ziffern Ungleichbehandlungen oder ungleiche Ausgestaltungen dieser Gesprächsziffern zwischen den verschiedenen Berufsgruppen gibt, also zwischen Fachärzten für Psychiatrie und psychosomatische Medizin einerseits und den Psychologischen Psychotherapeuten andererseits. Wir haben auch einen entsprechenden Vorschlag gemacht, wie man das lösen könnte, ohne den EBM direkt ändern zu müssen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Weitere Fragen an die Vertreterin der Bundespsychotherapeutenkammer? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Die Patientenvertretung hatte in dem Beschlussentwurf unter anderem darauf hingewiesen, dass über eine im Rahmen des von der Deutschen Krebsgesellschaft beauftragten Zertifizierungsverfahrens erworbene psychoonkologische Qualifikation verfügt werden soll, wenn man die entsprechenden Leistungen abrechnet. In Ihrer Stellungnahme dazu heißt es jetzt:

Eine zusätzliche Qualifikation im Bereich der Psychoonkologie ... im Rahmen der ASV ist nicht erforderlich.

Nach dem, was wir als Erfahrung einbringen können, ist es in der derzeitigen klinischen Versorgung so, dass eine Qualifikation in diesem Bereich zum Standard gehört. Die Befürchtung wäre, dass es

eine Qualitätsminderung gibt, wenn das nicht mehr zum Standard gehört. Können Sie noch einmal erläutern, welchen Hintergrund diese Nichterforderlichkeit in Ihren Augen hat?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Bundespsychotherapeutenkammer.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPTK): Wir beziehen uns da explizit auf die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Fachärzte für Psychiatrie und Psychosomatik. Wir halten es nicht für erforderlich, dass diese Berufsgruppen eine zusätzliche, von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Weiterbildung oder Fortbildung in Psychoonkologie machen. Wir gehen davon aus, dass für die Psychologischen Psychotherapeuten die mit der Approbation erworbenen Kenntnisse zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen ausreichen, um zum Beispiel die geforderten diagnostischen Leistungen im Rahmen der ASV zu machen. Auch sind wir der Meinung, dass für die weitere Behandlung keine Zusatzqualifikation „Psychoonkologie“ erforderlich ist. Wir haben ein wenig Probleme, weil wir derzeit hierzu keine Regelung in der Muster-Weiterbildungsordnung haben. Da sprechen wir auch schon mit der Deutschen Krebsgesellschaft. Es geht darum, zu sagen: Die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert Fortbildung. Es geht immer um diese anerkannte Fortbildung, die kein Äquivalent in unserer Fortbildungsordnung hat. Wir sind im Moment noch im Diskussionsprozess, ob und wenn überhaupt in welchem Umfang eine weitere Qualifikation im Bereich Psychoonkologie erforderlich sein könnte. Zum derzeitigen Zeitpunkt sagen wir aber, für die in der ASV zu erbringenden Leistungen der Diagnostik und der Beratung und Betreuung sind die nicht erforderlich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

DKG: Ich habe eine Frage noch zur Terminologie. Sie haben natürlich recht, „psychoonkologisch“ steht in der S3-Leitlinie nicht. Aber es heißt dort zum Beispiel:

Psychotherapeutische Gruppeninterventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen und einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung angeboten werden. ...

Empfehlungsgrad A

Im Grunde genommen beschreibt das doch eine psychoonkologische Maßnahme. Ich will mich jetzt nicht über die Terminologie streiten. Eigentlich hat sich an dem Sachverhalt, dass dies angeboten werden soll und dass es bei diesen Patienten auch eine sinnvolle Leistung im Rahmen der ASV ist, nichts geändert, oder?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Bundespsychotherapeutenkammer.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPTK): Nein, daran hat sich nichts geändert. Wir stehen nur auf dem Standpunkt, dass mit den im Appendix aufgeführten antragsfreien Leistungen unter Korrektur der unterschiedlichen Bedingungen für die verschiedenen Leistungserbringer diese Interventionen erbracht werden können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Weitere Fragen an die Bundespsychotherapeutenkammer? – Die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Ich würde gerne einen kritischen Satz loswerden. Wenn in der Onkologie die Psychotherapeuten das allgemein bearbeiten können und es keine Weiterbildung erfordert, würde ich mir allerdings wünschen, dass Sie auch bei seltenen Erkrankungen – Marfan, Tuberkulose – Stel-

lungnahmen abgeben und Engagement zeigen. Es ist für uns irritierend, wenn sich das auf die Onkologie bezieht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Weitere Fragen oder Hinweise? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich sehr bei der Vertreterin der Bundespsychotherapeutenkammer, Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK). Vielen Dank. Ich schließe damit die Anhörung.

Schluss der Anhörung: 12:23 Uhr

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Vom 16. Juli 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2015 beschlossen, die Anlage 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 22. Januar 2015 (*Hinweis: Beschluss noch nicht im BAnz veröffentlicht* (BAnz AT TT.MM.JJJJ Vx)), wie folgt zu ändern:

I. 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 16. Juli 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschluss



1 des Gemeinsamen Bundesausschusses 2 über eine Änderung der Richtlinie ambulante 3 spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: 4 Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankun- 5 gen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

[Hinweis: Alle Änderungsvorschläge gegenüber dem Beschlusstext vom 22.01.2015 sind im Änderungsmodus dargestellt.]

6

7 Vom 22. Januar 2015

8 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2015 beschlossen,
9 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztli-
10 che Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie am-
11 bulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in der Fassung vom 21.
12 März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt geändert am [T. Monat JJJJ] (BAnz AT
13 TT.MM.JJJJ Bx) wie folgt zu ändern:

14 I. In Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen wird folgende Tumorgruppe 2 an-
15 gefügt:

16 „**Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

17 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

18 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patien-
19 ten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren.

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

22 **1.1 Regelhaft schwere Verlaufsformen**

23 C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

24 C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere
25 Teilbereiche überlappend

26 C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

27 C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teil-
28 bereiche überlappend

29 C52 Bösartige Neubildung der Vagina

30 C56 Bösartige Neubildung des Ovars

31 C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]

32 C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri

33 C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri

34 C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium

35 C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet

36 C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane

- 37 C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlap-
 38 pend
 39 C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
 40 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

41 1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen

42 Bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen muss zusätzlich zur Diagno-
 43 se eines der unter 1.3 genannten Kriterien vorliegen:

44 1.2.1 Mammakarzinom

- 45 C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
 46 C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
 47 C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
 48 C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
 49 C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
 50 C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
 51 C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
 52 C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
 53 C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

54 1.2.2 Sonstige gynäkologische Tumoren

- 55 C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
 56 C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
 57 C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
 58 C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
 59 C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
 60 C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix
 61 C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix
 62 C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
 63 C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
 64 C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
 65 C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium
 66 C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium
 67 C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri
 68 C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
 69 C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
 70 C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
 71 C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
 72 C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, meh-
 73 rere Teilbereiche überlappend
 74

75 **1.3 Kriterien**

- 76 A: Tumorstadium mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, High Grade oder R > 0 oder
 77 - bei gynäkologischen Tumoren (ICD-Kodes: C51, C53-56): Tumorstadien mit
 78 Tumorgröße \geq T2,
 79 - bei Mammakarzinom (ICD-Kode: C50): Alter < 35 Jahre oder Tumorstadien mit
 80 HER2-Positivität oder Östrogen- und Progesteronrezeptor-Negativität oder Tu-
 81 morstadien mit Tumorgröße \geq T2

82 und die Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung der Tumorerkrankung
 83 einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie. Das bedeu-
 84 tet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Thera-
 85 pie, eine systemische Chemotherapie bzw. antineoplastische Therapie (ausgenom-
 86 men endokrine Therapie) und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdis-
 87 ziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Aus-
 88 stattung bedarf.

89 B: Rezidiv oder Progression der Tumorerkrankung (einschließlich non-response) und die
 90 Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung seiner Tumorerkrankung
 91 einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie. Das bedeutet, es
 92 ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie, eine
 93 systemische Chemotherapie bzw. antineoplastische Therapie (ausgenommen endo-
 94 krine Therapie) und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären
 95 oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung be-
 96 darf.

97 C: Vorliegen schwerer Grunderkrankungen (z.B. Immunschwäche, Vaskulitis) oder
 98 Schwangerschaft, die ein Abweichen vom Standard-Therapieschema erforderlich
 99 machen

100 D: Onkologische Diagnosen mit Prävalenz \leq 1:100.000

101 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

102 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

103 **Diagnostik**

- 104 • Allgemeine (z.B. EKG) und spezielle (z.B. transösophageale und transthorakale
- 105 Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 106 • Anamnese
- 107 • Bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Ver-
- 108 fahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 109 • Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- 110 • Diagnostik der Kontinenzleistung
- 111 • Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 112 • Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirations-
- 113 traktes einschließlich interventioneller Verfahren (z.B. endoskopische Bougie-
- 114 rung, Stentimplantationen, Bronchoskopie)
- 115 • Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 116 • Humangenetische Untersuchungen
- 117 • Körperliche Untersuchung (z.B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digi-
- 118 tal-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- 119 • Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Un-
- 120 tersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben,
- 121 Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegel)
- 122 • Punktionen, Biopsie
- 123 • Tumorstaging

- 124 **Behandlung**
- 125 • Anlage Blasenkatheter
- 126 • Anlage von Kathetern (wie z.B. ZVK)
- 127 • Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 128
- 129 • Ausstellen z.B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 130 • Behandlung in Notfallsituationen
- 131 • Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 132
- 133 • Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und –
- 134 kontrolle
- 135 • Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- 136 • Einleitung einer Rehabilitation
- 137 • Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 138 • Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 139 • OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 140 • Perkutane Gastrostomie
- 141 • Physikalische Therapie
- 142 • Portanlagen
- 143 • Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 144 • Schmerztherapie
- 145 • Strahlentherapie
- 146 • Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 147 • Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 148 • Transfusionen
- 149 • Wundversorgung
- 150 • Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:
- 151
- 152 – Koordination der Versorgung
- 153 – Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b
- 154 SGB V)
- 155 – Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL
- 156 – Tumorkonferenzen
- 157 – PET/PET-CT
- 158 Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Pro-
- 159 gression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise ei-
- 160 ner Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei
- 161 Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen
- 162 Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten
- 163 Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für
- 164 nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und /
- 165 oder Lebensqualität erwartet werden kann.
- 166 - Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Ge-
- 167 nexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Pri-
- 168 märtdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung
- 169 der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der ad-
- 170 juvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw.
- 171 dem Patienten mit Mammakarzinom alle der folgenden Kriterien erfüllt
- 172 sind:
- 173 ○ lokal operativ vollständige Tumorentfernung (R0)
- 174 ○ Alter ≥35 Jahre
- 175 ○ nodal-negativ (N0),
- 176 ○ HER2-negativ,

- 177 ○ Hormonrezeptor-positiv
- 178 ○ Tumorgröße \geq T2 und
- 179 ○ ohne High-grade (G<3)

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

182 **Beratung**

- 183 • zu Diagnostik und Behandlung
- 184 • zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 185 • zu humangenetischen Fragestellungen
- 186 • zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 187 • zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsange-
188 boten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)
- 189 • zu Rehabilitationsangeboten
- 190 • zu Sexualität und Familienplanung
- 191 • zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 192 • zur Ernährung

193 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

194 **3.1 Personelle Anforderungen**

195 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt
196 durch ein Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und
197 bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärz-
198 ten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

199 **a) Teamleitung**

- 200 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkolo-
201 gie oder
- 202 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 203 • Strahlentherapie.

204 **b) Kernteam**

- 205 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkolo-
206 gie,
- 207 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- 208 • Strahlentherapie.

209 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 210 • Anästhesiologie,
- 211 • Gefäßchirurgie,
- 212 • Humangenetik,
- 213 • Innere Medizin und Angiologie,
- 214 • Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- 215 • Innere Medizin und Gastroenterologie,
- 216 • Innere Medizin und Kardiologie,
- 217 • Innere Medizin und Nephrologie,
- 218 • Laboratoriumsmedizin,
- 219 • Neurologie,
- 220 • Nuklearmedizin,
- 221 • Pathologie,
- 222 • Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psycho-
223 therapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psycho-
224 logischer oder ärztlicher Psychotherapeut,

- 225 • Radiologie,
 226 • Urologie,
 227 • Viszeralchirurgie.

228 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzwei-
 229 terbildung Palliativmedizin verfügen.

230 Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen
 231 gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.

232 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

234 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-
 235 richtungen besteht:

- 236 • ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
 237 besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Pa-
 238 tienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 239 • Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 240 • Physiotherapie
- 241 • sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
 242 mit sozialen Beratungsangeboten
- 243 • Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbe-
 244 züglicher Erfahrung

245 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- 248 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 249 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onko-
 250 logie

251 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erfor-
 252 derliche bildgebende Diagnostik.

253 b) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich aner-
 254 kannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die
 255 Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die
 256 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

257 c) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit
 258 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-
 259 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied
 260 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdis-
 261 ziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Aus-
 262 nahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen.
 263 Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu
 264 dokumentieren.

265 d) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen we-
 266 sentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dar-
 267 zulegen ist,

268 e) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

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

- 272 g) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglich-
273 keiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 274 h) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötig-
275 ten Wirkstoffe erfolgt,
- 276 i) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen
277 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Aus-
278 schluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorge-
279 halten werden,
- 280 j) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologi-
281 schen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbun-
282 gen zur Verfügung steht,
- 283 k) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte
284 und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Pa-
285 tientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- 286 l) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 287 m) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 288 n) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches In-
289 formationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der
290 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternati-
291 ven zur Verfügung gestellt wird,
- 292 o) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
293 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,
- 294 p) eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der da-
295 tenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung
296 beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht,
- 297 q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzun-
298 gen erfüllt sind:
- 299 • die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpres-
300 sionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz ge-
301 sondert zu begründen,
 - 302 • die Patientin ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genex-
303 pressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art,
304 Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnah-
305 me sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussich-
306 ten sowie die Alternativen aufzuklären,
 - 307 • eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Test-
308 verfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Pati-
309 entin ist ausgeschlossen.

310 **3.3 Dokumentation**

311 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
312 Diagnosesicherheit, TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC), die Behandlungsmaß-
313 nahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu
314 dokumentieren.

315 **3.4 Mindestmengen**

316 Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mamma-
317 karzinom mindestens 200 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der

318 Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose be-
319 handeln.

320 Für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam
321 mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“
322 genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58 behan-
323 deln.

324 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in
325 den jeweiligen zurückliegenden zwölf Monaten maßgeblich, die zu der in dieser Konkreti-
326 sierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des
327 Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten
328 Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versor-
329 gungsform behandelt wurden.

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

332 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie
333 und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Pa-
334 tienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw.
335 Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthera-
336 rapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intralä-
337 sionaler Behandlung nachweisen

338 oder

339 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kern-
340 teams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit
341 soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und
342 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit in-
343 travenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung
344 nachweisen.

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

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

351 In den zwölf Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesaus-
352 schuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen
353 und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten
354 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

355 **4 Überweisungserfordernis**

356 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
357 behandelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforder-
358 lich und möglich, sofern die Voraussetzungen des schweren Verlaufs weiterhin gegeben
359 sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
360 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
361 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überwei-
362 sungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer
363 nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

364 **5 Sonderregelung für Subspezialisierung**

365 Eine ASV-Berechtigung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
366 Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren setzt die vollständige Erfüllung
367 der in der Anlage 1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten
368 Anforderungen voraus.

369 Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

370 a) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Ziffer
371 1.2.1 behandeln, die unter Ziffer 5.1 genannten Anforderungen,

372 oder

373 b) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Diagnosen entsprechend Ziffern 1.1
374 und 1.2.2 behandeln, die unter Ziffer 5.2 genannten Anforderungen.

375 Die vollständige Erfüllung der übrigen Anforderungen dieser Anlage ist jeweils beim zu-
376 ständigen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und nachzuweisen.

377 **5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom**

378 Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
379 Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.2.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 1
380 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit fol-
381 gender Maßgabe voraus:

382 Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- 383 • Diagnostik der Kontinenzleistung
- 384 • Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 385 • PET/PET-CT
- 386 • Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

387 Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

- 388 • Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 389 • Innere Medizin und Gastroenterologie
- 390 • Innere Medizin und Nephrologie
- 391 • Urologie
- 392 • Visceralchirurgie

393 Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- 394 • Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflege-
395 fachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

396 Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- 397 • die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 50 Patientinnen und
398 Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58.

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

401 **5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren**

402 Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ande-
403 ren gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Ziffern 1.1 und 1.2.2) setzt die Erfül-
404 lung der in Anlage 1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten
405 Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

406 Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- 407 • Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

408 Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- 409 • Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach 3.2. r)
- 410 Folgende Mindestmengen gelten nicht:
- 411 • die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 200 Patientinnen und
- 412 Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kode C50
- 413 Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 des
- 414 Appendix aufgeführt.
- 415

56 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

418 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositio-
 419 nen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
 420 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
 421 Bewertungsmaßstab (EBM) in der mit Wirkung zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Fas-
 422 sung.

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

425 Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Ziffer 5.

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

429 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den An-
 430 passungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsaus-
 431 schusses 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. |

433 [Abschnitt 1 – hier einzufügen]

434 [Abschnitt 2 – hier mit einer Änderung gemäß Beschlussentwurf unter I. Nr. 6 einzufügen]

435 [Abschnitt 3 – hier gemäß Beschlussentwurf unter I. Nr. 7 anzufügen]

436

437

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 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

1 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen**
2 **Bundesausschusses**
3 **über eine Änderung der Anlage 1 der Richtlinie**
4 **ambulante spezialfachärztliche Versorgung**
5 **§116b SGB V:**

6 **Sonderregelung für Subspezialisierungen in**
7 **Buchstabe a onkologische Erkrankungen –**
8 **Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

9 Vom 16. Juli 2015

10

11 *[Legende:*

12 *Dissentente Positionen sind gelb markiert und in Tabellenform dargestellt. Unterstreichungen*
13 *bei dissidenten Positionen sollen die Unterschiede bei ähnlichen Textierungen aufzeigen.]*

14

Inhalt

15	1. Rechtsgrundlage.....	2
16	2. Eckpunkte der Entscheidung	2
17	2.1 Hintergrund.....	2
18	2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen.....	3
19	3. Bürokratiekostenermittlung.....	4
20	4. Verfahrensablauf <i>[Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]</i>	4
21	5. Fazit <i>[Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]</i>	5
22	6. Zusammenfassende Dokumentation <i>[Aktualisierung durch</i>	
23	<i>G-BA-GS folgt]</i>	5

24

25

26 1. Rechtsgrundlage

27 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in
 28 einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Zur
 29 Umsetzung dieses Regelungsauftrags hat der G-BA am 21. März 2013 die Richtlinie über die
 30 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante
 31 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) beschlossen, die am 20. Juli 2013
 32 in Kraft getreten ist. Die Richtlinie wurde zuletzt mit dem am xx. Monat JJJJ in Kraft
 33 getretenen Beschluss des G-BA vom 22. Januar 2015 [*noch nicht im BAnz veröffentlicht –*
 34 *noch nicht in Kraft*] zur Regelung der gynäkologischen Tumoren in der Anlage 1 der ASV-RL
 35 geändert.

36

37 2. Eckpunkte der Entscheidung

38 2.1 Hintergrund

39 Der Beschluss zur Regelung der gynäkologischen Tumoren in der ASV-RL vom 22. Januar
 40 2015 sieht unter Ziffer 3.4 den Nachweis differenzierter Mindestmengen einerseits für die
 41 Behandlung von Mammakarzinomen und andererseits für die Behandlung von sonstigen
 42 gynäkologischen Tumoren vor. Durch diese Differenzierung soll gewährleistet werden, dass
 43 die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gynäkologischer Tumoren
 44 teilnehmenden Leistungserbringer über Erfahrung bei der Diagnostik und Therapie von
 45 schweren Verlaufsformen sowohl bei Mammakarzinomen als auch bei anderen
 46 gynäkologischen Tumoren verfügen.

47 In den Tragenden Gründen zu dem Beschluss vom 22. Januar 2015 wird angekündigt,
 48 zeitnah eine Regelung zu treffen, die zukünftig auch Zentren mit einer Spezialisierung auf die
 49 Behandlung bestimmter gynäkologischer Tumoren (z.B. Brustzentren) die Teilnahme an der
 50 ASV ermöglicht. Hierzu soll entsprechend der getrennt ausgewiesenen Mindestmengen (200
 51 für ICD-Kode C50 und 50 für ICD-Kodes C51-58) zeitnah auch eine der Differenzierung der
 52 Anforderungen an die ASV-Berechtigung erfolgen: An Zentren, die ausschließlich
 53 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-Kode C50 behandeln, sollen andere
 54 personelle und strukturelle Anforderungen gestellt werden als an Zentren, die ausschließlich
 55 Patientinnen mit der Diagnose ICD-Kodes C51-58 behandeln bzw. auch an ASV-Teams, die
 56 das gesamte Spektrum abdecken. Ebenso ist beabsichtigt, den Behandlungsumfang
 57 (einschließlich der im Appendix aufgeführten Leistungen) zu differenzieren.

58

PatV:

Die Sonderregelungen dienen dem Erhalt bestehender Einrichtungen. Zukünftig sollten ASV-Teams darauf ausgerichtet sein, die gesamten gynäkologischen Tumoren zu behandeln.

GKV-SV, KBV und DKG: streichen

59 Mit diesem Änderungsbeschluss wird diese bereits in den Tragenden Gründen zum
 60 Beschluss vom 22. Januar 2015 angekündigte Sonderregelung für Subspezialisierungen bei
 61 der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom oder bei der
 62 Behandlung von Patientinnen mit anderen gynäkologischen Tumoren umgesetzt. Die
 63 Regelung ermöglicht unter Anpassung der Anforderungen entsprechend spezialisierten
 64 Teams eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen mit
 65 Mammakarzinom oder nur für die Behandlung anderer gynäkologischer Tumoren.

66 Außerdem erfolgt mit dem Änderungsbeschluss eine Klarstellung zu den Anforderungen an
 67 die 24-Stunden-Notfallversorgung und eine redaktionelle Ergänzung in Abschnitt 2 des
 68 Appendix.

69 **2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen**

70 **a) zu Ziffer 1.2**

71 Unter Ziffer 1.2 „Im Einzelfall schwere Verlaufsformen“ werden Zwischenüberschriften zur
 72 Untergliederung der Diagnosen in Mammakarzinome und andere gynäkologische Tumoren
 73 eingefügt. Auf diese Untergliederung wird in der Regelung zur Subspezialisierung unter der
 74 neuen Ziffer 5 Bezug genommen. Eine Untergliederung der Ziffer 1.1 „Regelhaft schwere
 75 Verlaufsformen“ war nicht erforderlich, da die dort aufgeführten ICD-Kodes nicht das
 76 Mammakarzinom betreffen und somit den anderen gynäkologischen Tumoren zuzuordnen
 77 sind.

78 **b) zu Ziffer 3.2**

79 In den sächlichen und organisatorischen Anforderungen wird klargestellt, dass die 24-
 80 Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft nur von einem der
 81 genannten Fachgebiete vorgehalten werden muss.

82 **c) zu Ziffer 5 (neu)**

83 Unter der neuen Ziffer 5 werden die personellen, sächlich-organisatorischen und
 84 Mindestmengenanforderungen sowie die Inhalte des Behandlungsumfangs geregelt, die für
 85 eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
 86 Mammakarzinom (5.1) bzw. nur für die Behandlung anderer gynäkologischer Tumoren (5.2)
 87 nicht gelten.

88 **d) zu Appendix Abschnitt 2**

89 Zur laufenden Nummer 6 ist schon bisher in der Bezeichnung der Leistung geregelt, dass
 90 neben dem Aufwand für die intravenös oder intraarteriell applizierte zytostatische
 91 Tumorthherapie auch der Aufwand für die intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie
 92 umfasst ist. Der Klammerzusatz mit Bezugnahme auf die entsprechende Kostenpauschale
 93 der Onkologie-Vereinbarung wird um die für intracavitäre zytostatische Tumorthherapie
 94 geltende Ziffer 86514 ergänzt.

95 **e) zu Appendix Abschnitt 3 (neu)**

96 Im neuen Abschnitt 3 des Appendix sind unter Benennung der Gebührenordnungsposition
 97 (GOP) und der GOP-Bezeichnung die Leistungen aus Abschnitt 1 des Appendix aufgelistet,
 98 die bei einer ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
 99 Mammakarzinom (Abschnitt 3.1) oder nur für die Behandlung von Patientinnen mit anderen
 100 gynäkologischen Tumoren (Abschnitt 3.2) nicht zum Behandlungsumfang gehören.
 101 Außerdem ist unter Abschnitt 3.2 eine Leistung aus Abschnitt 2 des Appendix (spezifische
 102 Untersuchung mit Genexpressionsanalyse) aufgelistet, die nicht zum Behandlungsumfang
 103 bei den anderen gynäkologischen Tumoren gehört.

104

<p>KBV: Grundsätzliches Vorgehen: Insbesondere die Leistungen, die dem Kernteam zugeordnet sind, wurden dahingehend geprüft, inwiefern z.B. apparative Voraussetzungen oder QS- Anforderungen</p>	<p>DKG: Grundsätzliches Vorgehen: Insbesondere die Leistungen, die dem Kernteam zugeordnet sind, wurden dahingehend geprüft, inwiefern z.B. apparative Voraussetzungen oder QS- Anforderungen</p>	<p>GKV-SV: streichen</p>	<p>PatV: prüft</p>
---	---	--	---------------------------

<p>vorliegen, die für die Behandlung nicht erforderlich sind, <u>die Teilnahme eines Teams an der ASV jedoch möglicherweise verhindern (Bsp. Vorhalten der GOP 08310 - Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz- für Brustzentren nicht zwingend erforderlich).</u></p> <p>Fachgruppenspezifische Leistungen bei hinzuzuziehenden Ärzten, ausgenommen die rein auftragnehmenden Fachgruppen, wurden nicht im Detail angepasst. Ob diese Leistungen Bestandteil des Behandlungsumfangs sind, richtet sich nach der Konkretisierung, die festlegt, inwieweit die Fachgruppe zum Team gehört z. B. Urologie. Die Leistungen der rein auftragnehmenden Fachgruppen Labor, Radiologie, Pathologie und Humangenetik wurden ebenfalls angepasst, u. a. um die Konsistenz zum Kernteam zu erhalten z. B. Vakuumbiopsie Mamma beim Radiologen.</p>	<p>vorliegen, die für die Behandlung nicht erforderlich sind.</p> <p>Fachgruppenspezifische Leistungen bei hinzuzuziehenden Ärzten, ausgenommen die rein auftragnehmenden Fachgruppen, wurden nicht im Detail angepasst. Ob diese Leistungen Bestandteil des Behandlungsumfangs sind, richtet sich nach der Konkretisierung, die festlegt, inwieweit die Fachgruppe zum Team gehört z. B. Urologie. Die Leistungen der rein auftragnehmenden Fachgruppen Labor, Radiologie, Pathologie und Humangenetik wurden ebenfalls angepasst, u. a. um die Konsistenz zum Kernteam zu erhalten z. B. Vakuumbiopsie Mamma beim Radiologen.</p>		
--	---	--	--

105

106 3. Bürokratiekostenermittlung

107 Den unter die Sonderregelungen für Subspezialisierung fallenden ASV-Teams können
108 aufgrund der Ausnahmeregelungen insbesondere für personelle, sächliche und
109 organisatorische Anforderungen und für Mindestmengen im Vergleich zu ASV-Teams, die
110 nicht von den Sonderregelungen adressiert werden, geringfügig niedrigere Bürokratiekosten
111 entstehen. Aufgrund der Geringfügigkeit und der Tatsache, dass nicht abgeschätzt werden
112 kann, wie viele der künftigen ASV-Teams unter die in dem Beschluss enthaltenen
113 Sonderregelungen fallen werden, ist eine weitergehende Quantifizierung an dieser Stelle
114 nicht möglich.

115

116 4. Verfahrensablauf *[Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]*

117 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung 22. Januar 2015 die Änderung der
118 ASV-RL: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische
119 Tumoren beschlossen.

120 In der Sitzung des Unterausschusses ASV am 11. Februar 2015 wurde ein erster Vorschlag
 121 für eine Sonderregelung zur Subspezialisierung vorgelegt und beraten.

122 Im Unterausschuss am 14. April 2015 wurde der Vorschlag konsentiert und die Einleitung
 123 des Stellungnahmeverfahrens mit der Bundesärztekammer (BÄK) beschlossen.

124

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
22. Januar 2015	Plenum	Beschlussfassung zur Anlage 1 Buchstabe a Tumorgruppe 2 ASV-RL
11. Februar 2015	Unterausschuss ASV	Vorschlag zur „Sonderregelung zur Subspezialisierung“ in der Anlage 1 Buchstabe a Tumorgruppe 2 ASV-RL
14. April 2015	Unterausschuss ASV	Konsentierung der Änderungsvorschläge zur Anlage 1 Buchstabe a Tumorgruppe 2 ASV-RL und Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens mit der Bundesärztekammer

125 **Tabelle:** Verfahrensablauf

126 **Stellungnahmeverfahren** *[Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]*

127 Platzhalter

128 **5. Fazit** *[Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]*

129 Platzhalter

130 **6. Zusammenfassende Dokumentation** *[Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]*

131 Platzhalter

132 Berlin, den T. Monat JJJJ

133 Gemeinsamer Bundesausschuss
 134 gemäß § 91 SGB V
 135 Der Vorsitzende

136

137 Prof. Hecken



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 08.05.2015

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-378

E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd

Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Renate Höchstetter
Wegelystr. 8
10623 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Änderung der Richtlinie ambulante
spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Sonderregelung für Subspe-
zialisierungen in Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2:
gynäkologische Tumoren**

Ihr Schreiben vom 27.04.2015

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3

Anlage



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
über eine Änderung der Anlage 1 der Richtlinie ambulante
spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Sonderregelung für Subspezialisierungen in Buchstabe a onkologische
Erkrankungen – Tumorguppe 2: gynäkologische Tumoren

Berlin, 08.05.2015

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 27.04.2015 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Anlage 1 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Sonderregelung für Subspezialisierungen in Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren, aufgefordert.

Der Beschlussentwurf dient der Modifikation der im Januar 2015 vom G-BA beschlossenen (aber bisher noch nicht in Kraft getretenen) Regelung zu gynäkologischen Tumoren dahingehend, auch Zentren, die sich auf die Behandlung bestimmter gynäkologischer Tumoren spezialisiert haben (z. B. Brustzentren), eine Teilnahme an der ASV zu ermöglichen. Hierzu ist es notwendig, die in der Anlage 1 ausgeführten personellen und strukturellen Anforderungen entsprechend der jeweiligen Subspezialisierung anzupassen. Dies soll erreicht werden durch die Ergänzung eines Abschnitts 5 „Sonderregelung für Subspezialisierung“, der sich in eine ASV-Sonderregelung für das Mammakarzinom und eine ASV-Sonderregelung für andere gynäkologischen Tumoren untergliedert. So sollen etwa bei der Sonderregelung für das Mammakarzinom bestimmte Leistungen aus dem bisher festgelegten Behandlungsumfang ausgegliedert werden, etwa Diagnostik und Therapie von Inkontinenz. Daraus ergeben sich auch Veränderungen für die vorgesehenen Fachdisziplinen im Behandlungsteam, in dem im Falle des Mammakarzinoms nunmehr Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Urologen u. a. nicht mehr vorgeschrieben sein sollen.

Weitere Änderungen betreffen eine Klarstellung zu den Anforderungen an die 24-Stunden-Notfallversorgung sowie weitere redaktionelle Ergänzungen.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hat zu der vorgesehenen Änderung der Anlage 1 der ASV-Richtlinie keine Änderungshinweise.

Berlin, 08.05.2015



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Von: [Katharina Wendland](#) im Auftrag von [Dezernat3](#)
An: asv@g-ba.de; [Grüning, Thilo](#)
Cc: [Klakow-Franck, Regina](#)
Thema: G-BA - Stellungnahmeverfahren - Änderung ASV-RL - Anlage 1 a - gynäkologische Tumoren
Datum: Montag, 18. Mai 2015 13:31:47

Sehr geehrter Herr Dr. Grüning,

im Auftrag von Herrn Dr. Zorn dürfen wir Ihnen mitteilen, dass die Bundesärztekammer in o. g. Angelegenheit auf eine mündliche Stellungnahme verzichtet.

Mit freundlichen Grüßen
i. A.

Katharina Wendland M.A.
Bundesärztekammer
Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.)
10623 Berlin

Postfach 12 08 64
10589 Berlin

Tel.: 030-4004 56-435
Fax: 030-4004 56-378
E-Mail: dezernat3@baek.de
<http://www.bundesaerztekammer.de>

**Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
für das Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V
zur
Änderung der Beschlüsse vom 22. Januar 2015 und vom 18. Juni
2015 zur Anlage 1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen –
Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

- Bundesärztekammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

1 des Gemeinsamen Bundesausschusses 2 über eine Änderung der Richtlinie ambulante 3 spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: 4 Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen 5 – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

*Hinweis: Nachfolgend ist eine konsolidierte Fassung der Beschlüsse vom 22. Januar 2015 und vom 18. Juni 2015 abgebildet, in der die vorgesehenen Änderungen bei Konsens im Änderungsmodus und bei Dissens **gelb markiert** und in Tabellenform dargestellt sind. Unterstreichungen sollen die Unterschiede der dissidenten Positionen bei ähnlichen Textierungen hervorheben.*

*Die Änderungen gemäß Beschluss vom 18.06.2015 sind im Änderungsmodus und **grau hinterlegt**; davon abweichende konsentiertere Änderungen sind **grün markiert**.*

6 Vom 22. Januar 2015

7 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner-seinen Sitzungen am 22. Januar 2015,
8 18. Juni 2015 und T. Monat JJJJ 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),
10 zuletzt geändert am [T. Monat JJJJ] (BAnz AT TT.MM.JJJJ Bx) wie folgt zu ändern:

11 I. In Anlage 1.1¹ Buchstabe a onkologische Erkrankungen wird folgende Tumorgruppe 2
12 angefügt:

13 **„Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

14 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

17

Beschlusstext vom 22.01.2015 (DKG und PatV)	GKV-SV	KBV
Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen	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 Kombinationschemothera-	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 be-

¹ Es wird Bezug genommen auf die geänderte Struktur der Anlagen der ASV-RL i.d.F. des Entwurfs einer Änderung der ASV-RL zur Umsetzung des GKV-VSG und weitere Änderungen

Tumoren.	pie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie <u>ausgenommen eine endokrine Therapie</u> und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.	nötigen. 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.
----------	--	---

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

20 **1.1 ~~Regelhaft schwere Verlaufsformen~~**

- 21 ~~C47.5 — Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens~~
- 22 ~~C47.8 — Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere~~
- 23 ~~Teilbereiche überlappend~~
- 24 ~~C49.5 — Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens~~
- 25 ~~C49.8 — Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teil-~~
- 26 ~~bereiche überlappend~~
- 27 ~~C52 — Bösartige Neubildung der Vagina~~
- 28 ~~C56 — Bösartige Neubildung des Ovars~~
- 29 ~~C57.0 — Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]~~
- 30 ~~C57.1 — Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri~~
- 31 ~~C57.2 — Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri~~
- 32 ~~C57.3 — Bösartige Neubildung: Parametrium~~
- 33 ~~C57.4 — Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet~~
- 34 ~~C57.7 — Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane~~
- 35 ~~C57.8 — Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlap-~~
- 36 ~~pend~~
- 37 ~~C58 — Bösartige Neubildung der Plazenta~~
- 38 ~~C80.0 — Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet~~

39 **1.2 Im Einzelfall schwere Verlaufsformen**

40 ~~Bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen muss zusätzlich zur Diagnose~~
 41 ~~eines der unter 1.3 genannten Kriterien vorliegen:~~

42 **1.2.1 Mammakarzinom**

- 43 C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
- 44 C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
- 45 C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
- 46 C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
- 47 C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- 48 C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- 49 C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
- 50 C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
- 51 C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

52

GKV-SV, DKG, PatV D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)	KBV: streichen
--	-----------------------

53

54 **1.2.4 Sonstige gynäkologische Tumoren**55 C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens56 C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere
57 Teilbereiche überlappend58 C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens59 C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teil-
60 bereiche überlappend

61 C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus

62 C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus

63 C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris

64 C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend

65 C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet

66 C52 Bösartige Neubildung der Vagina

67 C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix

68 C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix

69 C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend

70 C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet

71 C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri

72 C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium

73 C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium

74 C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri

75 C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend

76 C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet

77 C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet

78 C56 Bösartige Neubildung des Ovars79 C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]80 C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri81 C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri82 C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium83 C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet84 C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane85 C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlap-
86 pend87 C58 Bösartige Neubildung der Plazenta

88 C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

89 C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, meh-
90 rere Teilbereiche überlappend91 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet92 **1.3 Kriterien**93 ~~A: Tumorstadium mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, High Grade oder R > 0 oder~~
94 ~~bei gynäkologischen Tumoren (ICD-Kodes: C51, C53-56): Tumorstadien mit Tumor-~~
95 ~~größe ≥ T2,~~96 ~~bei Mammakarzinom (ICD-Kode: C50): Alter < 35 Jahre oder Tumorstadien mit~~
97 ~~HER2-Positivität oder Östrogen- und Progesteronrezeptor-Negativität oder Tu-~~
98 ~~morstadien mit Tumorgröße ≥ T2~~99 ~~und die Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung der Tumorerkrank-~~
100 ~~ung einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie. Das bedeu-~~
101 ~~tet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Thera-~~
102 ~~pie, eine systemische Chemotherapie bzw. antineoplastische Therapie (ausgenom-~~
103 ~~men endokrine Therapie) und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdis-~~

104 ~~ziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Aus-~~
105 ~~stattung bedarf.~~

106 ~~B: Rezidiv oder Progression der Tumorerkrankung (einschließlich non-response) und die~~
107 ~~Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung seiner Tumorerkrankung~~
108 ~~einer multimodalen Therapie oder zytostatischen Systemtherapie. Das bedeutet, es~~
109 ~~ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie, eine~~
110 ~~systemische Chemotherapie bzw. antineoplastische Therapie (ausgenommen endo-~~
111 ~~krine Therapie) und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären~~
112 ~~oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung be-~~
113 ~~darf.~~

114 ~~C: Vorliegen schwerer Grunderkrankungen (z.B. Immunschwäche, Vaskulitis) oder~~
115 ~~Schwangerschaft, die ein Abweichen vom Standard-Therapieschema erforderlich~~
116 ~~machen~~

117 ~~D: Onkologische Diagnosen mit Prävalenz $\leq 1:100.000$~~

118 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

119 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

120 **Diagnostik**

- 121 • Allgemeine (z.B. EKG) und spezielle (z.B. transösophageale und transthorakale
- 122 Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 123 • Anamnese
- 124 • Bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Ver-
- 125 fahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 126 • Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- 127 • Diagnostik der Kontinenzleistung
- 128 • Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 129 • Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirations-
- 130 traktes einschließlich interventioneller Verfahren (z.B. endoskopische Bougie-
- 131 rung, Stentimplantationen, Bronchoskopie)
- 132 • Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 133 • Humangenetische Untersuchungen
- 134 • Körperliche Untersuchung (z.B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digi-
- 135 tal-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- 136 • Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Un-
- 137 tersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben,
- 138 Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegeln)
- 139 • Punktionen, Biopsie
- 140 • Tumorstaging

141 **Behandlung**

- 142 • Anlage Blasenkatheter
- 143 • Anlage von Kathetern (wie z.B. ZVK)
- 144 • Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgi-
- 145 schen Eingriffen
- 146 • Ausstellen z.B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 147 • Behandlung in Notfallsituationen
- 148 • Behandlung von Therapieebenenwirkungen, Komplikationen und akuten uner-
- 149 wünschten_Behandlungsfolgen
- 150 • Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -
- 151 kontrolle
- 152 • Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

- 153 • Einleitung einer Rehabilitation
- 154 • Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 155 • Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 156 • OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 157 • Perkutane Gastrostomie
- 158 • Physikalische Therapie
- 159 • Portanlagen
- 160 • Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 161 • Schmerztherapie
- 162 • Strahlentherapie
- 163 • Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 164 • Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 165 • Transfusionen
- 166 • Wundversorgung
- 167 • Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:
- 168 – Koordination der Versorgung
- 169 – Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)
- 170 – Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL
- 171 – Tumorkonferenzen
- 172 – PET;PET/-CT
- 173 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.
- 174
- 175
- 176
- 177
- 178
- 179
- 180
- 181
- 182
- 183

Beschlusstext vom 22.01.2015	KBV, DKG, PatV	GKV-SV
– 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 <u>und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit Mammakarzinom alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:</u>	- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik <u>als interdisziplinär abgestimmte Entscheidungshilfe</u> im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit be-	- 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 <u>und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien gemäß</u>

<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>lokal operativ vollständige Tumorentfernung (R0)</u> ○ <u>Alter ≥35 Jahre</u> ○ <u>nodal-negativ (N0)</u>, ○ <u>HER2-negativ</u>, ○ <u>Hormonrezeptor-positiv</u>, ○ <u>Tumorgroße ≥ T2 und</u> ○ <u>ohne High-grade (G<3)</u> 	steht.	<p><u>I. oder II. erfüllt sind:</u></p> <p><u>I.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ER positiv und - Her2 negativ und - Alter > 35 Jahre und - N0: T > 1cm mit einem der nachfolgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> – G2 oder – Ki-67 > 10% < 30 % <p>aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – G3 oder – Ki-67 > 30 %. <p><u>II.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ER positiv und - Her2 negativ und - Alter > 35 Jahre und - N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> – G1 oder G2 oder – Ki-67 > 10% ≤ 30 % <p>aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – G3 oder Ki-67 > 30 %.
--	--------	--

184

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

187

Beratung

188

- zu Diagnostik und Behandlung

189

- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch

190

- zu humangenetischen Fragestellungen

191

- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen

192

- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)

193

194

- zu Rehabilitationsangeboten

195

- zu Sexualität und Familienplanung

196

- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

197

- zur Ernährung

198 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

199 **3.1 Personelle Anforderungen**

200 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt
 201 durch ein ~~interdisziplinäres TBehandlungsteam gemäß § 3 ASV-RL, welches sich aus ei-~~
 202 ~~ner Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzu-~~
 203 ~~ziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.~~

204 **a) Teamleitung**

- 205 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkolo-
- 206 gie oder
- 207 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 208 • Strahlentherapie.

209 **b) Kernteam**

- 210 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkolo-
- 211 gie,
- 212 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- 213

DKG	GKV-SV, KBV, PatV: streichen [d.h. bisherigen Beschlusstext vom 22.01.2015 beibehalten]
• Radiologie,	

- 214 • Strahlentherapie.

215 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 216 • Anästhesiologie,
- 217 • Gefäßchirurgie,
- 218 • Humangenetik,
- 219 • Innere Medizin und Angiologie,
- 220 • Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- 221 • Innere Medizin und Gastroenterologie,
- 222 • Innere Medizin und Kardiologie,
- 223 • Innere Medizin und Nephrologie,
- 224 • Laboratoriumsmedizin,
- 225 • Neurologie,
- 226 • Nuklearmedizin,
- 227 • Pathologie,
- 228 • Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psycho-
- 229 therapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psycho-
- 230 logischer oder ärztlicher Psychotherapeut,
- 231

Beschlusstext vom 22.01.2015 (GKV-SV, KBV, PatV)	DKG: streichen
• Radiologie	

- 232 • Urologie,
- 233 • Viszeralchirurgie.

234 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzwei-
 235 terbildung Palliativmedizin verfügen.

236

<p>GKV-SV und KBV</p> <p>Berechtig zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung in dem jeweiligen Schwerpunktgebiet seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.</p>	<p>DKG und PatV: streichen</p>
--	---

237 ~~Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen~~
 238 ~~gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.~~

239 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

241 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-
 242 richtungen besteht:

- 243 • ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
 244 besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Pa-
 245 tienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 246 • Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 247 • Physiotherapie
- 248 • sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
 249 mit sozialen Beratungsangeboten
- 250 • Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbe-
 251 züglicher Erfahrung

252 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- 255 • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 256 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onko-
 257 logie

258 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erfor-
 259 derliche bildgebende Diagnostik.

260 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich aner-
 261 kannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die
 262 Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die
 263 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

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

272 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen we-
 273 sentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dar-
 274 zulegen ist,

275 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

- 276 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse
 277 und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am
 278 Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 279 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglich-
 280 keiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 281 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötig-
 282 ten Wirkstoffe erfolgt,
- 283 j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen
 284 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Aus-
 285 schluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorge-
 286 halten werden,
- 287 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologi-
 288 schen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbun-
 289 gen zur Verfügung steht,
- 290 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte
 291 und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Pa-
 292 tientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- 293 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 294 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 295 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches In-
 296 formationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der
 297 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternati-
 298 ven zur Verfügung gestellt wird,
- 299 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
 300 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,
- 301 q) eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der da-
 302 tenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung
 303 beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht,
- 304 r) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzun-
 305 gen erfüllt sind:
- 306 • die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpres-
 307 sionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz ge-
 308 sonders zu begründen,
 - 309 • die Patientin ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genex-
 310 pressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art,
 311 Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnah-
 312 me sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussich-
 313 ten sowie die Alternativen aufzuklären,
 - 314 • eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Test-
 315 verfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Pati-
 316 entin ist ausgeschlossen.

317
318
319

3.3 Dokumentation

<p>Beschlusstext vom 22.01.2015</p> <p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, <u>TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC</u>), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, <u>TNM-Status, ER-Status, Her2-Status</u>), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.</p>	<p>DKG, KBV und PatV</p> <p>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.</p>
--	--	--

320
321

3.4 Mindestmengen

<p>Beschlusstext vom 22.01.2015</p> <p>Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mindestens <u>200</u> Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose behandeln.</p> <p>Für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58 behandeln.</p>	<p>GKV-SV, KBV und PatV</p> <p>Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mindestens <u>250</u> Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose behandeln.</p> <p>Für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam mindestens <u>60</u> Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58 behandeln.</p>	<p>DKG</p> <p>Eine Mindestmenge wird mangels rechtssicherer wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p>
---	--	---

322

<p>Beschlusstext vom 22.01.2015</p>	<p>GKV-SV (prüft) und KBV</p>	<p>DKG (Position falls eine Mindestmenge festgelegt wird)</p>
<p>Für die Berechnung der</p>	<p>Für die Berechnung der Min-</p>	<p>Für die Berechnung der</p>

<p>Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten <u>in den jeweiligen zurückliegenden zwölf Monaten</u> 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.</p>	<p>destmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten <u>in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen</u> 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.</p>	<p>Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten <u>im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr</u> 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.</p>
---	--	--

323

<p>Beschlusstext vom 22.01.2015 (GKV-SV, KBV und PatV)</p> <p>Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>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</p> <p>oder</p> <p>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.</p>	<p>DKG</p> <p>Eine arztbezogene Mindestmenge wird mangels rechtssicherer wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p>
--	--

324

<p>Beschlusstext vom 22.01.2015</p>	<p>GKV-SV (prüft) und KBV</p>	<p>DKG (Position falls eine Mindestmenge festgelegt wird)</p>
<p>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 Versor-</p>	<p>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,</p>	<p>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</p>

gung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten <u>in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen</u> heranzuziehen.	auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten <u>in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen</u> , heranzuziehen.	SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten <u>im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr</u> heranzuziehen.
--	---	--

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

326

Beschlusstext vom 22.01.2015	GKV-SV (prüft) und KBV	DKG prüft
In den zwölf Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.	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.	In dem Kalenderjahr vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.

327 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um
328 50 Prozent unterschritten werden.

329 4 Überweisungserfordernis

330 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-
331 handelnden Vertragsarzt.

332

Beschlusstext vom 22.01.2015	GKV-SV, KBV	DKG	PatV
Nach <u>vier</u> Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, <u>sofern die Voraussetzungen des schweren Verlaufs weiterhin gegeben sind.</u>	Nach <u>zwei</u> Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des <u>besonderen Krankheitsverlaufs</u> weiterhin gegeben sind.	Nach <u>vier</u> Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.	Nach <u>vier</u> Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, <u>sofern das Erfordernis einer Behandlung in der ASV mit ihrem generellen Merkmal der speziellen Qualifikationen, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der besonderen Ausstattung weiterhin besteht.</u>

333 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kran-
334 kenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen
335 vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
336

Beschlusstext vom 22.01.2015**(GKV-SV, KBV, PatV)**

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

DKG

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Die Regelungen nach § 8 Satz 12 bis 14 ASV-RL sind zu beachten.

337

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 Ziffer 1.2.2 behandeln, die unter Ziffer 5.2 genannten Anforderungen.

349

Beschlusstext vom 18.06.2015 (KBV, GKV-SV)

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

DKG

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

PatV [Beschlusstext und DKG-Vorschlag streichen]

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

369 Folgende Mindestmengen gelten nicht:
 370 • die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens **650** Patientinnen und
 371 Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58.

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

374 **5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren**

375 Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ande-
 376 ren gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Ziffern **1.1** und **1.2**) setzt die Erfül-
 377 lung der in Anlage 1 **1** Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten
 378 Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

379 Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- 380 • Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

381 Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- 382 • Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach 3.2. r)

383 Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- 384 • die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens **200/250** Patientinnen
 385 und Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kode C50

386 Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 des Appen-
 387 dix aufgeführt.

388 **56 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

389 **Präambel**

390 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositio-
 391 nen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
 392 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
 393 Bewertungsmaßstab (EBM) in der mit Wirkung zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Fas-
 394 sung.

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

397 Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Ziffer 5.

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

401

<p>KBV und GKV-SV</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung in einem Schwerpunktgebiet seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen des jeweiligen Schwerpunktes im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung vorliegt.</p>	<p>DKG und PatV: streichen</p>
--	---------------------------------------

402 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den An-
 403 passungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsaus-
 404 schusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

405 **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.

406

407 *Appendix [hier einfügen]*

408

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 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Appendix des Beschlusses zu Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren ASV-RL vom 22.01.2015 und vom 18.06.2015 mit Änderungen in

- **Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 3. Quartal 2014**
(Mit allen GOP außer Kapitel 50 des EBM)

- **Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)**

- **Abschnitt 3 Sonderregelungen gemäß Ziffer 5**

Legende

0
1

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

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

G
D
K
GK
GD
DK

Der GKV-SV stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die DKG und die KBV sprechen sich gegen die Aufnahme aus.

Die DKG stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV und die KBV sprechen sich gegen die Aufnahme aus.

Die KBV stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV und die DKG sprechen sich gegen die Aufnahme aus.

Der GKV-SV und die KBV stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die DKG spricht sich gegen die Aufnahme aus.

Der GKV-SV und die DKG stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die KBV spricht sich gegen die Aufnahme aus.

Die DKG und die KBV stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV spricht sich gegen die Aufnahme aus.

Hinweise:

Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Die Patientenvertretung hat sich an den Beratungen zum Appendix gyn. Tumoren nicht beteiligt.

rot
hervorgehoben=

Änderungen im Vergleich zu der am 22.01.2015 bzw. am 18.06.2015 beschlossenen Fassung des Appendix gyn. Tumoren

gelb markiert=

ausschließlich von der DKG vorgeschlagene Änderungen. In diesen Zellen ist daher abweichend von der obigen Legende nur das Votum der DKG entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.

hellblau=

Hinweise

Anlage 4b der Tugenden Gründe

Appendix "gynäkologische Tumoren" - Abschnitt 1
(Basis: EBM 3. Quartal 2014)

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 *	DKG: Radiologie [Hinweis: Hier nur DKG-Position abgebildet]	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 Psycho-therapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	GKV-SV und KBV: Radiologie (Fassung gemäß Beschluss 22.01.2015) [Hinweis: Hier nur GKV-SV und KBV-Position abgebildet]	Urologie	Viszeralchirurgie										
II	01	1.7.5	Empfängnisregelung	01836	Humangenetische Beurteilung nach Fremdbefunden	0	0	0	0	0	0	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	
II	01	1.7.5	Empfängnisregelung	01837	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko	0	0	0	0	0	0	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	
II	01	1.7.5	Empfängnisregelung	01838	Postnatale zytogenetische Untersuchung	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	0	0	0	
II	01	1.7.5	Empfängnisregelung	01839	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken	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	0	0	0	
II	01	1.7.5	Empfängnisregelung	01840	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	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	0	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01850	Beratung wegen Sterilisation	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	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01851	Untersuchung vor Sterilisation	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	0	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01852	Präanästhesiologische Untersuchung	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	0	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01853	Lokale Anästhesie vor Sterilisation des Mannes	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	0	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01854	Sterilisation des Mannes	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	0	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01855	Sterilisation der Frau	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	0	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01856	Narkose bei Sterilisation	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	0	0	0	
II	01	1.7.6	Sterilisation	01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	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	0	0	0	
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01900	Beratung wegen geplanter Abruption	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	0	0	
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01901	Untersuchung vor Abruption	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	0	0	0	
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01902	Feststellung des Schwangerschaftsalters	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	0	0	0	
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01903	Präanästhesiologische Untersuchung	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	0	0	0	
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01904	Abruption, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ	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	0	0	0	0
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01905	Abruption, medizinische Indikation	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	0	0	0	0
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01906	Abruption, medizinische oder kriminologische Indikation, medikamentös	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	0	0	0	0
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01910	Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruch - Dauer mehr als 2 Stunden	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	0	0	0	0
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01911	Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruch - Dauer mehr als 4 Stunden	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	0	0	0	0
II	01	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch	01912	Kontrolluntersuchung nach Abruption	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	0	0	0	0

Anlage 4b der Gründe

Appendix "gynäkologische Tumoren" - Abschnitt 1
(Basis: EBM 3. Quartal 2014)

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 *	DKG: Radiologie [Hinweis: Hier nur DKG-Position abbildbar]	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	GKV-SV und KBV: Radiologie (Fassung gemäß Beschluss 22.01.2015) [Hinweis: Hier nur GKV-SV und KBV-Position abbildbar]	Urologie	Viszeralchirurgie																
III	25	25.3.2	Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV)	25323	3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	0	0	0	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						
III	25	25.3.3	Brachytherapie	25330	Moulagen- oder Flabtherapie	0	0	0	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	0					
III	25	25.3.3	Brachytherapie	25331	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	0	0	0	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	0	0				
III	25	25.3.3	Brachytherapie	25332	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	0	0	0	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	0	0	0			
III	25	25.3.3	Brachytherapie	25333	Interstitielle Brachytherapie	0	0	0	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	0	0	0			
III	25	25.3.4	Bestrahlungsplanung	25340	Bestrahlungsplanung I	0	0	0	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	0	0	0			
III	25	25.3.4	Bestrahlungsplanung	25341	Bestrahlungsplanung II	0	0	0	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	0	0	0	0		
III	25	25.3.4	Bestrahlungsplanung	25342	Bestrahlungsplanung III	0	0	0	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	0	0	0	0		
III	26	26.2	Urologische Grundpauschalen	26210	Grundpauschale - Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	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	0	0	0	0	0	0	0	0		
III	26	26.2	Urologische Grundpauschalen	26211	Grundpauschale - Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
III	26	26.2	Urologische Grundpauschalen	26212	Grundpauschale - Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
III	26	26.2	Urologische Grundpauschalen	26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26312	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26313	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26315	Zusatzpauschale Onkologie	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26320	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 26310 oder 26311	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26321	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	26	26.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26322	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Anlage 4b der Gründe

Appendix "gynäkologische Tumoren" - Abschnitt 1
(Basis: EBM 3. Quartal 2014)

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 *	DKG: Radiologie [Hinweis: Hier nur DKG-Position abgebildet]	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 Psycho-therapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	GKV-SV und KBV: Radiologie (Fassung gemäß Beschluss 22.01.2015) [Hinweis: Hier nur GKV-SV und KBV-Position abgebildet]	Urologie	Viszeralchirurgie															
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30731	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	1	1	0	0	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						
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	0	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						
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30750	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	1	1	0	0	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					
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30751	Langzeitanalgesie	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	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	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
IV	30	30.7.3	Körperakupunktur	30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	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	0	0	0	0	0	0			
IV	30	30.7.3	Körperakupunktur	30791	Durchführung einer Körperakupunktur	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	0	0	0	0	0	0	0		
IV	30	30.8	Soziotherapie	30800	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	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	0	0	0	0	0	0	0		
IV	30	30.8	Soziotherapie	30810	Erstverordnung Soziotherapie	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	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.8	Soziotherapie	30811	Folgeberordnung Soziotherapie	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	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.9	Schlafstörungsdiagnostik	30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	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	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.9	Schlafstörungsdiagnostik	30901	Kardiorespiratorische Polysomnographie	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	30	30.10	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	30920	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten	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	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	30	30.10	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	30922	Zuschlag I zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	30	30.10	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	30924	Zuschlag II zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	30	30.11	Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage 1 Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden	30930	Testverfahren, neuropsychologische	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	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	DKG: Radiologie [Hinweis: Hier nur DKG-Position abgebildet]	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	GKV-SV und KBV: Radiologie (Fassung gemäß Beschluss 22.01.2015) [Hinweis: Hier nur GKV-SV und KBV-Position abgebildet]	Urologie	Viszeralchirurgie	
1	PET/PET-CT 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 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.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	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	0	0
3	Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (entsprechend "2 Behandlungsumfang") [Hinweis: Die hierzu unter "2 Behandlungsumfang" vorliegenden Änderungsvorschläge sind dissent (s. Beschlussdokument, Zeile 183)]	0	0	0	0	0	DK	0	0	0	0	0	DK	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
4	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	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	0	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	DKG: Radiologie [Hinweis: Hier nur DKG-Position abgebildet]	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	GKV-SV und KBV: Radiologie (Fassung gemäß Beschluss 22.01.2015) [Hinweis: Hier nur GKV-SV und KBV-Position abgebildet]	Urologie	Viszeralchirurgie	
6	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)) [Hinweis: grün markiert = Änderung des Beschlusses vom 22.01.2015 durch Beschluss vom 18.06.2015]	1	1	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 Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung einer Patientin bzw. eines Patienten	1	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 Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.1	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	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.2	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	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	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	0

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.

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

1 **zum „Beschlusssentwurf“ des Gemeinsamen**
 2 **Bundesausschusses**
 3 **über eine Änderung der Richtlinie ambulante**
 4 **spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:**
 5 **Anlage 1 Buchstabe a onkologische**
 6 **Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische**
 7 **Tumoren**

8 Vom **Beschlussdatum**

9 **Inhalt**

10

11 **1. Rechtsgrundlage 2**

12 **2. Eckpunkte der Entscheidung..... 2**

13 **2.1. Zu den Regelungen im Einzelnen 2**

14 **3. Bürokratiekostenermittlung11**

15 **4. Verfahrensablauf11**

16 **5. Fazit11**

17 **6. Zusammenfassende Dokumentation.....11**

18

19 **Hinweise:**

20 *In dieser Fassung der Tragenden Gründe sind nur die derzeit geplanten Änderungen*
 21 *gegenüber den Beschlüssen zur Anlage 1 Buchstabe a Tumorgruppe 2 (gynäkologische*
 22 *Tumoren) ASV-RL vom 22. Januar 2015 und vom 18. Juni 2015 berücksichtigt.*

23 *Dissentente Positionen sind **gelb markiert** und in Tabellenform dargestellt. Unterstreichungen*
 24 *sollen die Unterschiede der dissidenten Positionen bei ähnlichen Textierungen hervorheben.*

25
26

27 **1. Rechtsgrundlage**

28 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in
 29 einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).

30 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

31 Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sind am 23. Juli 2015 Änderungen des § 116b
 32 SGB V in Kraft getreten. Mit der Änderung von § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 entfällt für
 33 die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen die Voraussetzung, dass die
 34 ASV nur bei schweren Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen
 35 Krankheitsverläufen erbracht werden darf. Außerdem wurde § 116b Abs. 4 SGB V um eine
 36 Regelung ergänzt, welche die allgemeine Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses,
 37 die Auswirkungen seiner Beschlüsse zu beobachten und gegebenenfalls erforderliche
 38 Anpassungen vorzunehmen, hinsichtlich der ASV bei onkologischen und rheumatologischen
 39 Erkrankungen konkretisiert. Mit diesem Beschluss werden die geänderten gesetzlichen
 40 Vorgaben in der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-
 41 RL) umgesetzt.

42

GKV-SV	KBV
Darüber hinaus werden mit diesem Beschluss Regelungen präzisiert, die seit Inkrafttreten insbesondere bei den erweiterten Landesausschüssen zu Nachfragen beim G-BA geführt haben.	Darüber hinaus werden mit diesem Beschluss in den Bereichen Anpassungen vorgenommen, in denen die bisherigen Erfahrungen Änderungsbedarf gezeigt haben.

43

44 **2.1. Zu den Regelungen im Einzelnen**

45 **Zu 1 Konkretisierung der Erkrankung**

46

GKV-SV, KBV	DKG	PatV
Unter 1 Konkretisierung werden Kriterien eingefügt, die den besonderen Krankheitsverlauf definieren. Entsprechend der Begründung zur Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bleibt das generelle Merkmal, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei besonderen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine	Das VSG hebt die vorübergehende Beschränkung bei Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf auf solche mit schweren Verlaufsformen wieder auf. Hierdurch trägt der Gesetzgeber den zahlreichen Forderungen Rechnung, dass eine spezialisierte Versorgung onkologischer Patienten nicht auf ausschließlich schwere Verlaufsformen beschränkt werden kann. Die durch den G-BA	Das VSG hebt die vorübergehende Beschränkung bei Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf auf solche mit schweren Verlaufsformen wieder auf. Hierdurch trägt der Gesetzgeber den zahlreichen Forderungen Rechnung, dass eine spezialisierte Versorgung onkologischer Patienten nicht auf ausschließlich schwere Verlaufsformen beschränkt werden kann. Die durch den G-BA <u>vorgenommene</u> Einschränkung der Anspruchsberechtigten wird

<p>interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, für onkologische Erkrankungen bestehen. Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.</p>	<p><u>nunmehr</u> <u>erneut</u> <u>vorgesehene</u> <u>Einschränkung</u> <u>der</u> <u>Anspruchsberechtigten</u> <u>auf</u> <u>Basis der alten Kriterien</u> wird vom Gesetzgeber nicht mehr gestützt.</p> <p>In § 116b Abs. 1 SGB V ist festgelegt, welche Diagnosen den Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zuzuordnen sind. Es besteht kein gesetzlicher Auftrag, die bereits im Gesetz verankerten Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf in anderer Art und Weise einzuschränken.</p>	<p>vom Gesetzgeber nicht mehr gestützt.</p> <p>In § 116b Abs. 1 SGB V ist festgelegt, welche Diagnosen den Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zuzuordnen sind. Es besteht kein gesetzlicher Auftrag, die bereits im Gesetz verankerten Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf in anderer Art und Weise einzuschränken. <u>Die Aufnahme der Kriterien wird daher abgelehnt.</u></p> <p><u>Davon unberührt ist jedoch die Anforderung im Rahmen des Überweisungserfordernisses nach Ziffer 4: Innerhalb der ersten vier Quartale muss sich bestätigen, dass das Erfordernis der speziellen Qualifikationen, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der besonderen Ausstattung der ASV weiterhin besteht, sonst ist eine erneute Überweisung nicht möglich.</u></p>
<p>GKV-SV</p> <p>Ist ausschließlich eine endokrine Therapie indiziert, rechtfertigt dies keine Versorgung in der ASV.</p>		

47 Durch den Wegfall der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen wurde die bisherige
 48 Unterscheidung regelhaft schwerer und im Einzelfall schwerer Verlaufsformen aufgegeben.
 49 Stattdessen wurden zur besseren Übersichtlichkeit die entsprechenden ICD-Diagnosen
 50 alphabetisch/numerisch angeordnet.

51

<p>GKV-SV, DKG, PatV</p> <p>Die Diagnose DCIS (D05.1) war auch schon in der ABK-RL enthalten und ist im Rahmen der Eingrenzung in der ASV-RL auf schwere Verlaufsformen entfallen. Nach Aufhebung der Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen bei onkologischen Erkrankungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erfolgte hiermit die Wiederaufnahme dieser Diagnosen, da auch und gerade Patienten mit diesen Erkrankungen von der speziellen Expertise eines ASV-Teams profitieren.</p>	<p>KBV [keine Beschluss-Änderung]</p>
--	--

52 Entsprechend der Neufassung von § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V, nach der für
 53 onkologische und rheumatologische Erkrankungen in der ambulanten spezialfachärztlichen
 54 Versorgung (ASV) die Voraussetzung entfällt, dass nur Patienten mit schweren
 55 Verlaufsformen der entsprechenden Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
 56 eingeschlossen werden, wurde die Ziffer 1.3 Kriterien (für die schweren Verlaufsformen)
 57 gestrichen.

58 **Zu 2 Behandlungsumfang**

59 Hinsichtlich der Schreibweise des „PET; PET/CT“ erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

60

KBV	DKG	GKV-SV
<p>Ausführungen zu spezifischen Untersuchungen mit Genexpressionsanalysen siehe unter 6 Appendix.</p>	<p>Aufgrund der Rücknahme der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen sind die bisher bei den Genexpressionsanalysen aufgeführten Kriterien nicht mehr in allen Fällen anwendbar. Sie wurden daher gestrichen.</p>	<p>Patientinnen mit einer Brustkrebserkrankung können in drei Gruppen mit unterschiedlich hohem Rückfallrisiko eingeordnet werden.</p> <p>Patientinnen mit niedrigerem Rückfallrisiko erhalten unabhängig vom Ergebnis des Biomarkertests keine adjuvante Chemotherapie.</p> <p>Patientinnen mit einem hohen Rückfallrisiko bekommen unabhängig vom Biomarkertests bei Eignung in jedem Fall eine adjuvante Chemotherapie.</p> <p>Lediglich bei Patientinnen mit intermediärem Rückfallrisiko kann ein Biomarkertest bei der therapeutischen Entscheidung hilfreich sein.</p> <p>Die hier festgelegten Kriterien definieren die Gruppe der Patientinnen mit intermediärem Rückfallrisiko.</p>

61

62 **Zu 3.1 Personelle Anforderungen**

63 Mit der Änderung in Satz 1 wird klargestellt, dass nur eine Fachärztin oder ein Facharzt als
 64 Teamleiterin bzw. Teamleiter zu benennen ist und das die Teamleiterin bzw. der Teamleiter
 65 dem Kernteam angehört.

66

DKG	GKV-SV	KBV, PatV
<p>Der G-BA hat sich zu einer Verschiebung des Facharztes für Radiologie von den hinzuzuziehenden Fachärzten ins Kernteam bei den gynäkologischen Tumoren entschlossen. Insbesondere bei der Behandlung des Mammakarzinoms ist die Expertise des Radiologen (z.B. bezüglich des Drüsenkörper-Beurteilbarkeit) zur weiteren Therapieplanung essentiell und diese Zusammenarbeit ist v.a. im Rahmen von Brustzentren bereits etabliert.</p> <p>Auch in den nationalen Leitlinien der AWMF sind die Radiologen in die Behandlungsteams zur Behandlung von gynäkologischen Tumorpatienten fest eingebunden. Im Rahmen der Diagnostik ist es notwendig und sinnvoll, dass der Radiologe in die Wahl von Modalität und Invasivität von diagnostischen Methoden eingebunden wird und nicht nur, wie es für hinzuzuziehende Fachärzte möglich ist, auf Indikations- und Definitionsauftrag tätig wird. Durch die Teilnahme an den interdisziplinären Tumorkonferenzen, die in der ASV-RL nur für Kernteammitglieder möglich ist, ist der Radiologe auch an der Planung der fortführenden Therapie, v.a. beim Mammakarzinom maßgeblich beteiligt.</p> <p>Die Einbindung des Radiologen in das Kernteam stellt also einen Therapiestandard in der interdisziplinären</p>	<p><i>[keine Beschluss-Änderung]</i></p> <p>Die Zuordnung der Radiologen zur Gruppe der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte bindet diese Fachgruppe in notwendigem und ausreichendem Maße in die Versorgung der ASV-Patientinnen ein.</p>	<p><i>[keine Beschluss-Änderung]</i></p>

Zusammenarbeit bei gynäkologischen Tumorpatienten dar.		
--	--	--

67

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Fachärzte mit dem entsprechenden Schwerpunkt können über die Kassenärztlichen Vereinigungen zugelassen werden. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des EBM gemäß § 87 Abs. 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten des weiteren Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt unter bestimmten Bedingungen ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen erhalten.</p> <p>Auch für die Facharztgruppe der Gynäkologen mit dem Nachweis der medikamentösen Tumortherapie können durch die KVen Genehmigungen zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen bei entsprechenden Nachweisen nach § 3 Abs. 7 der Onkologie-Vereinbarung Anlage 7 des BMV-Ä erteilt werden, damit diese zur Teilnahme an der onkologischen Versorgung berechtigt sind.</p> <p>Insbesondere erfahrene Fachärzte, die über diesen Weg die Zulassung erworben haben und z. B. im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung Anlage 7 Bundesmantelvertrag seit Jahren onkologische Leistungen erbringen, würden über die derzeitigen Regelungen der ASV-Richtlinie von der Teilnahme an der ASV ausgeschlossen werden.</p>	<p>DKG, PatV: [keine Beschluss-Änderung]</p>
--	---

68

<p>GKV-SV</p> <p>Anstelle eines Verweises auf § 135 Abs. 2 SGB V in der Konkretisierung tritt die Regelung zu Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V in den §§ 3, 4 und 12 ASV-RL.</p>	<p>KBV</p> <p>An dieser Stelle wird der Verweis auf § 135 SGB V gestrichen, da der Bezug zu § 135 SGB V in der ASV- RL verortet ist.</p>
--	---

69 **Zu 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

70 Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung wurde aus fachlichen Erwägungen und
 71 organisatorischen Gründen dahingehend geändert, dass nur noch ein Facharzt
 72 Rufbereitschaft leisten muss.

73 **Zu 3.3 Dokumentation**

74

<p>GKV-SV</p> <p>Nach ärztlichem Berufsrecht, bürgerlichem Recht, Strahlenschutzrecht etc. bestehenden Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation. Das besondere Hervorheben der Dokumentation von R- und G-Code nach UICC kann mit Wegfall der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen im Rahmen dieser Konkretisierung entfallen. Aufgrund des Leistungsanspruchs der Patientinnen mit intermediärem Rückfallrisiko bei Mamma-Karzinom ist neben dem TNM-Status, ER-</p>	<p>KBV</p> <p>Die Dokumentationspflicht von Kriterien für den schweren Verlauf (hier TNM mit R- und G-Code nach UICC) entfällt durch den Wegfall der schweren Verlaufsformen als Zugangsvoraussetzung für die ASV.</p> <p>Unabhängig hiervon sind die aufgrund anderer Rechtsvorschriften (z.B. ärztliches Berufsrecht, bürgerliches Recht, Strahlenschutzrecht) bestehenden Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen</p>
---	---

Status und der Her2-Status zu dokumentieren.	Dokumentation einzuhalten.
--	----------------------------

75 **Zu 3.4 Mindestmengen**

76 Durch den im Rahmen der Neufassung des § 116b SGB V veränderten Kreis der für die
 77 ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Frage kommenden Patientinnen und Patienten
 78 wurde eine Neuberechnung der Mindestmengen erforderlich.

79

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>Die ASV setzt eine besondere Erfahrung und Routine der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte voraus, die mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert wird, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können. Die Bestimmung der konkreten Mindestmenge in der bisherigen ASV orientierte sich an den Angaben in der ABK-RL, die 330 Behandlungsfälle vorsieht.</p> <p>Durch die Eingrenzung auf Patientinnen bzw. Patienten mit schweren Verlaufsformen, verringerte sich die Grundgesamtheit der Erkrankungsfälle, so dass die Mindestmenge entsprechend geringer ausfiel (250, davon 200 für die Behandlung von Patientinnen mit Mammakarzinom) als in der ABK-RL. Durch das Versorgungsstärkungsgesetz wurde die Vorgabe gestrichen, dass die ASV nur für Patienten mit einer (regelmäßig oder im Einzelfall) schweren Verlaufsform gilt. Dennoch führen die Kriterien, die den besonderen Verlauf definieren, ebenfalls zu einer, wenn auch geringeren Eingrenzung gegenüber der ABK-RL.</p> <p>Durch Schätzung der Prävalenz von Fällen mit einem besonderen Verlauf unter Einbeziehung national und international verfügbarer epidemiologischer Daten aus Registern und Studien wurde die Mindestmenge auf 310 Behandlungsfälle (250 Behandlungsfälle mit der Diagnose ICD-10 C50 und 60 mit dem ICD-Kode C51-C58) neu berechnet und festgelegt.</p> <p>Für die Berechnung der kernteambezogenen Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten 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 werden.</p>	<p>DKG</p> <p>Von der Festlegung einer Mindestmenge wird abgesehen, da nicht hinreichend feststeht, dass hierdurch eine deutliche Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse erreicht werden kann. Die Anwendung einer Mindestmengenregelung ist bereits im Ansatz auf solche Bereiche der Versorgung beschränkt, bei denen sie einen für die Versorgung substantiellen eigenständigen Beitrag zur Verwirklichung des in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V umschriebenen Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen - nicht erreichbar erscheinen (Bundessozialgericht, Ur. v. 12.09.2012, B 3 KR 10/12 R).</p> <p>Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne (vgl. BSG, Ur. v. 18.12.2012, B 1 KR 34/12 R), so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.</p> <p>Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren entwickelt wird.</p>
--	---

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>Da die nachzuweisenden Daten zum Zeitpunkt der Anzeige häufig noch nicht vorliegen, wurde der Nachweiszeitraum neu beraten und statt „Vorjahr“ der Terminus „In den zurückliegenden vier Quartalen“ gewählt.</p> <p>Die ergänzenden Anforderungen an das Kernteam in Ziffer 3.4 Absatz 3 (arztbezogene und facharztgruppenspezifisch differenzierte Mindestmengen), die den Mindestmengen der Onkologie-Vereinbarung entsprechen, bleiben von der Anpassung durch das Versorgungsstärkungsgesetz unberührt.</p>	<p>DKG (Position falls eine Mindestmenge festgelegt wird)</p> <p>Neben der der Festlegung einer Mindestmenge an Patientinnen und Patienten wurden auch Regularien über die Zählweise getroffen. Besonders wichtig erschien dem G-BA hier die Festlegung eines klaren Bezugszeitraumes in Form des „Kalenderjahres“. Mit dem Bezugszeitraum „Kalenderjahr“ wurde sowohl den Krankenhäusern, welche ihr Leistungsgeschehen in der Regel kalenderjahresbezogen ermitteln als auch Vertragsärzten mit ihrer quartalsbezogenen Ausrichtung mit Blick auf eine möglichst einfache und praktikable Umsetzbarkeit Rechnung getragen.</p>
--	---

80

81 **Zu 4 Überweisungserfordernis**

82

GKV-SV, KBV	DKG	PatV
<p>Da in der ASV zukünftig auch Patienten mit nicht schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen eingeschlossen werden können – die jedoch gleichwohl einer interdisziplinär abgestimmten Diagnostik und Therapie bedürfen – wird das Stadium der Voll- oder Teilremission ggf. früher erreicht, d.h. die Indikation zur ASV ist eher zu überprüfen.</p>	<p>Patienten mit Neubildungen werden zumeist durch zahlreiche aufeinander folgende Behandlungen versorgt. Während zu Beginn die stationäre Versorgung im Vordergrund steht (z.B. operative Entfernung des Tumors), erfolgt später eine längere Versorgung der Patienten im ambulanten Bereich. Die ASV ermöglicht den Patienten eine über die zumeist lange und belastende Erkrankungsphase durchgängige ambulante Versorgung durch ein spezialisiertes Team. In der ABK-RL hatte man den besonderen Erfordernissen in der Onkologie Rechnung tragend vorgesehen, dass eine erneute Überweisung 3 Jahre nach der Erstüberweisung erforderlich ist. Mit der neuen ASV-Richtlinie sollte die Überweisung in den ASV-</p>	<p>Zukünftig werden in der ASV wieder Patienten mit nicht schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen eingeschlossen. Hierdurch wird, wie der Gesundheitsausschuss die Änderung iRd. GKV-VSG begründet, eine weitere kontinuierliche und zukünftige Versorgung dieser Patientengruppe ermöglicht. Gerade bei Patienten mit gynäkologischen Tumoren hätte sonst nur noch die Hälfte der bisher nach der ABK-RL versorgten Patienten in der ASV versorgt werden können. Dennoch bleibe aber das generelle Merkmal, dass die ASV eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordere, bestehen. (BT-Drs. 18/5123).</p> <p>An die erstmalige Überweisung in der ASV werden daher keine zusätzlichen Voraussetzungen geknüpft, außer der gesicherten Diagnose, geknüpft (vgl. Ziffer 1). Insbesondere kann das Erfordernis einer Behandlung in der ASV mit ihren besonderen Merkmalen der Interdisziplinarität, Qualifikation und Ausstattung durch</p>

	<p>Bereich dann nur noch für ein oder mehrere Quartale erfolgen. In den Anlagen wurde das erneute Überweisungserfordernis wiederum auf 1 Jahr nach Erstüberweisung festgelegt. Die nunmehr vorgesehene Regelung sich als Patient bereits nach einem halben Jahr um eine erneute Überweisung bemühen zu müssen ist medizinisch weder zu begründen, noch im Sinne der Patienten. Die Regelung wird daher abgelehnt.</p>	<p>die Teammitglieder noch abgeklärt werden.</p> <p>Allerdings muss sich dieses Erfordernis im Laufe des ersten Jahres bestätigen: Vorliegend ist es dann gegeben, wenn die Patientin bzw. der Patient auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie oder Kombinationschemotherapie benötigt. 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.</p>
--	---	---

83

<p>GKV-SV [keine Beschluss-Änderung]</p> <p>Kern der ASV ist die interdisziplinäre Versorgung. Auslöser für den interdisziplinären Versorgungsbedarf ist die Feststellung einer gesicherten Tumordiagnose. Damit ist sichergestellt, dass interdisziplinäre Therapieentscheidungen innerhalb der ASV getroffen werden können.</p>	<p>KBV [keine Beschluss-Änderung]</p>	<p>PatV</p> <p>Soweit vorliegend eine gesicherte Diagnose vorausgesetzt wird, bedeutet dies jedoch nicht, dass auch Indikationsstellung und Therapieentscheidung bereits gesichert sein müssen. Diese können gerade die interdisziplinäre Zusammenarbeit, Qualifikation und Ausstattung der ASV erfordern.</p>	<p>DKG</p> <p>Die ASV-Leistungserbringer (i.d.R. das Kernteam) sind berechtigt im Rahmen der ASV-Versorgung das Vorliegen einer Diagnose durch geeignete Maßnahmen zu verifizieren. Dies kann sich in einigen Fällen besonders schwierig gestalten. Bestätigt sich die Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf nicht, können bereits geleistete Maßnahmen einmalig als ASV-Leistungen abgerechnet werden. Die Versorgung des Patienten hat anschließend außerhalb der ASV zu erfolgen.</p>
--	--	---	---

84

85 **Zu 5 Sonderregelung für Subspezialisierung**

86 Die redaktionelle Anpassung der Nummerierung entspricht den Vorgaben der Neufassung
 87 des § 116b SGB V, dass für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen die
 88 Voraussetzung, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur bei schweren
 89 Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erbracht werden
 90 darf, entfällt.

91

<p>GKV-SV [keine Beschluss-Änderung]</p> <p>Die Leistungserbringer, die an der ASV teilnehmen möchten, haben nach § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V die Erfüllung der maßgeblichen Anforderungen unter Beifügung der entsprechenden Belege gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen.</p>	<p>KBV [keine Beschluss-Änderung]</p>	<p>DKG</p> <p>Die ASV-Berechtigten zeigen die von ihnen gewählte Subspezialisierung sowie die hiervon berührten übrigen Anforderungen an.</p>
--	--	--

92 **Zu 5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom**

93 Die redaktionelle Anpassung der Nummerierung entspricht den Vorgaben der Neufassung
 94 des § 116b SGB V, dass für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen die
 95 Voraussetzung, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur bei schweren
 96 Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erbracht werden
 97 darf, entfällt.

98 Hinsichtlich der Schreibweise des „PET; PET/CT“ erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

99

<p>KBV</p> <p>Die Anpassung der Mindestmengen erfolgt analog zu den Änderungen unter Ziffer 3.4.</p>	<p>DKG</p> <p>Bezüglich der grundlegenden Position zur Festlegung von Mindestmengen wird auf die Ausführungen unter Ziffer 3.4 verwiesen.</p>
---	--

100

101 **Zu 5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren**

102 Die redaktionelle Anpassung der Nummerierung entspricht den Vorgaben der Neufassung
 103 des § 116b SGB V, dass für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen die
 104 Voraussetzung, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur bei schweren
 105 Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erbracht werden
 106 darf, entfällt.

107

<p>KBV</p> <p>Die Anpassung der Mindestmengen erfolgt analog zu den Änderungen unter Ziffer 3.4.</p>	<p>DKG</p> <p>Bezüglich der grundlegenden Position zur Festlegung von Mindestmengen wird auf die Ausführungen unter Ziffer 3.4 verwiesen.</p>
---	--

108

109 **Zu 6 Appendix**
 110 **Abschnitt 1**

111

<p>DKG</p> <p>Hinsichtlich der Aufnahme der Radiologen in das Kernteam wird auf die Ausführungen unter 3.1 Personelle Anforderungen verwiesen.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Vgl. die Ausführungen zu 3.1.</p>	<p>KBV, PatV [keine Beschluss-Änderung]</p>
---	---	--

112

<p>GKV-SV</p> <p>Im Appendix werden die Leistungen den Facharztgruppen zugeordnet, zu deren Leistungsspektrum sie gehören. Die Facharztgruppen mit Schwerpunkt sind wie unter 3.1 Personelle Anforderungen benannt, aufgeführt. Welche Leistungen Fachärztinnen und Fachärzte im Rahmen der ASV erbringen dürfen, die über eine entsprechende Genehmigung der KVen für eine Leistungserbringung in einem Schwerpunktgebiet verfügen, wird <u>in Abschnitt 1</u> geregelt.</p>	<p>KBV</p> <p>Im Appendix werden die Leistungen den Facharztgruppen zugeordnet, zu deren Leistungsspektrum sie gehören. Die Facharztgruppen mit Schwerpunkt sind wie unter 3.1 Personelle Anforderungen benannt, aufgeführt. Welche Leistungen Fachärztinnen und Fachärzte im Rahmen der ASV erbringen dürfen, die über eine entsprechende Genehmigung der KVen für eine Leistungserbringung in einem Schwerpunktgebiet verfügen, wird <u>jeweils im Appendix</u> geregelt.</p>	<p>DKG und PatV: streichen</p>
--	--	---------------------------------------

113

114 **Abschnitt 2**

115

<p>GKV-SV</p> <p>Molekulargenetische Untersuchungen sind im Rahmen der Behandlung von <u>Patientinnen mit Mammakarzinomen</u> mögliche diagnostische Verfahren, deren Anwendung entsprechend Leitlinien und Behandlungsempfehlungen bei bestimmten Fallkonstellationen eine Option zur Therapiesteuerung darstellen können. Daher wurde die Genexpressionsanalyse <u>für Patientinnen mit intermediärem Rückfallrisiko</u> in den Behandlungsumfang der ASV aufgenommen. Da diese Leistung bisher nicht im EBM abgebildet ist, wird sie vorerst im Anhang 2 des Appendix gelistet.</p> <p><u>Die Leistung der Genexpressionsanalyse wird regelhaft von der Fachgruppe der Pathologen erbracht. Daher handelt es sich bei der Streichung der Zuordnung dieser Leistung zur Humangenetik und Labormedizin um eine Korrektur.</u></p>	<p>KBV, DKG</p> <p>Molekulargenetische Untersuchungen sind im Rahmen der Behandlung von <u>gynäkologischen Tumoren (v.a. Mammakarzinomen)</u> mögliche diagnostische Verfahren, deren Anwendung entsprechend Leitlinien und Behandlungsempfehlungen bei bestimmten Fallkonstellationen eine Option zur Therapiesteuerung darstellen können. Daher wurde die Genexpressionsanalyse in den Behandlungsumfang der ASV aufgenommen. Da diese Leistung bisher nicht im EBM abgebildet ist, wird sie vorerst im Anhang 2 des Appendix gelistet. <u>Eingrenzende Kriterien, in welcher Konstellation der Test anzuwenden sei, wurden entsprechend dem Wegfall der „schweren Verlaufsformen“ gestrichen.</u></p>
---	---

116

117 **Abschnitt 3**

118 Die Nummerierung wird entsprechend den Änderungen in Ziffer 5 angepasst.

119



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03
Kto.-Nr. 0 001 088 769

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Per E-Mail an: asv@g-ba.de

Ihre Nachricht vom
18.09.2015

Durchwahl
-140

Datum
08. Oktober 2015

Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

vielen Dank für die durch den zuständigen Unterausschuss ambulante spezialfachärztliche Versorgung gewährte Möglichkeit einer Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer zu der im Betreff genannten Anlage der Richtlinie über die ambulante Spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (ASV-Richtlinie- gyn. Tumoren).

Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer berühren die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren die zahnärztliche Berufsausübung nicht direkt. Jedoch sollte das besondere Augenmerk auf die entstehenden Folgeerkrankungen (Mundschleimhautentzündungen, Schluckbeschwerden etc. durch die Chemotherapie) gelegt werden. Im günstigsten Fall sollte der Zahnarzt bereits vor Beginn der Therapie und nach Diagnose in die Diagnostik und Therapie miteinbezogen werden. Die wichtigste Aufgabe besteht hierbei zunächst in der präventiven klinischen und radiologischen Untersuchung der Mundhöhle.

Auf die Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme wird verzichtet.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Ass. jur. Sven Tschoepe. LL.M.
Leiter Abt. Versorgung und Qualität



BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Herrn
Dr. Thilo Grüning
Abteilungsleiter
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 27 87 85-0
Fax: 030 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

-per E-Mail-

Berlin, 7. Oktober 2015

Vorstand:
Dr. Dietrich Munz
Präsident
Dr. Nikolaus Melcop
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehndorfer
Vizepräsident
Dr. Andrea Benecke
Dipl.-Psych. Wolfgang Schreck

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

**Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie ambulante spezial-
fachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) mit Anlage 1 a
Tumorgruppe 2 (gynäkologische Tumoren)**

Sehr geehrter Herr Dr. Grüning,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 16. September 2015, mit dem Sie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. In der Anlage übersenden wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Tophoven

Anlage

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE60 3006 0601 0005 7872 62

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL)

Anlage 1a Tumorgruppe 2 (gynäkologische Tumoren)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
7. Oktober 2015**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die teilweise Aufhebung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen von Erkrankungen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden können. Insbesondere bei onkologischen Erkrankungen ist regelhaft eine interdisziplinäre Behandlung und Zusammenarbeit der Leistungserbringer erforderlich, sodass es fachlich angemessen ist, durch die Änderung zukünftig mehr Patienten den Zugang zur ASV zu ermöglichen.

In Bezug auf den Appendix, der den Behandlungsumfang für die Erkrankung „gynäkologische Tumoren“ adressiert, sieht die BPTK redaktionellen Anpassungsbedarf.

Anlage 1a Tumorgruppe 2 (Gynäkologische Tumoren)

Appendix „gynäkologische Tumoren“ Abschnitt 2 (bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

Durch die im Abschnitt 2 vorgenommene Ergänzung „Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall“, ist es auch Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten möglich, im gleichen Umfang wie die Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatik psychotherapeutische Einzelgespräche zur psychoonkologischen Versorgung der Patienten im Rahmen der ASV zu erbringen. Damit wurden die Abrechnungsbedingungen in Bezug auf die Erbringung psychotherapeutischer Einzelgespräche zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Leistungserbringern angeglichen.

Nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ sollen onkologischen Patienten bei entsprechender Indikation jedoch nicht nur psychotherapeutische Einzel-, sondern auch Gruppeninterventionen angeboten werden. Dem wurde dadurch Rechnung ge-

tragen, dass die antragsfreien psychotherapeutischen Gesprächsziffern der Fachärzte für Psychiatrie (21221) und Psychosomatik (22222) in den Appendix Abschnitt 1 aufgenommen wurden.

Für die Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten sind antragsfreie psychotherapeutische Leistungen in der Gruppe bisher nicht im EBM abgebildet und es wurde auch keine entsprechende Ziffer für den Abschnitt 2 des Appendix geschaffen. Ob deshalb im Rahmen der ASV bei gynäkologischen Tumoren auch psychotherapeutische Gruppeninterventionen zur psychoonkologischen Versorgung durchgeführt werden können, hängt davon ab, welche Facharztgruppe zum Team der ASV bei gynäkologischen Tumoren hinzugezogen wird. Während Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatik auch psychotherapeutische Gespräche in der Gruppe im Rahmen der ASV anbieten können, ist dies für Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten nicht möglich.

Dies ist aus Sicht der BPTK fachlich nicht zu begründen und kann daher – auch vor dem Hintergrund begrenzter psychotherapeutischer Versorgungskapazitäten, die grundsätzlich eine Erhöhung des Anteils an Gruppeninterventionen wünschenswert machen - so nicht gewollt sein.

Die BPTK schlägt deshalb vor, für die Gruppe „Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten“ zusätzlich folgende Leistung in den Abschnitt 2 des Appendix aufzunehmen:

- Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung)

Dies würde es zukünftig auch Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten ermöglichen, neben psychotherapeutischen Einzelgesprächen psychotherapeutische Gruppengespräche zur psychoonkologischen Versorgung der Patientinnen im Rahmen der ASV anzubieten.

Von: asv@g-ba.de
Betreff: WG: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung ASV-RL - gyn. Tumoren

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Wierichs Alexander [<mailto:alexander.wierichs@bfdi.bund.de>] Im Auftrag von Referat III
Gesendet: Montag, 5. Oktober 2015 14:50
An: asv@g-ba.de
Betreff: WG: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung ASV-RL - gyn. Tumoren

BfDI
III-315/072#0791 (gyn. Tumoren)
III-315/072#0792 (giT und Marfan)
III-315/072#0793 (pulmonale Hypertonie)

ASV-RL
Ihre beiden Schreiben vom 16. September 2015 (gyn. Tumoren und giT und Marfan) und Ihr Schreiben vom 17. September 2015 (pulmonale Hypertonie), jeweils TG/Rue

Sehr geehrte Damen und Herren,

die BfDI gibt zu allen drei Anfragen keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Alexander Wierichs

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Referat III Husarenstraße 30
53117 Bonn

Tel: +49 228 99 7799-312
Fax: +49 228 99 7799-550

Von: [Katharina Wendland](#) im Auftrag von [Dezernat3](#)
An: asv@g-ba.de
Thema: Antwort: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung ASV-RL - gyn. Tumoren
Datum: Mittwoch, 7. Oktober 2015 12:25:01

Sehr geehrter Herr Dr. Grüning,

im Auftrag von Herrn Dr. Zorn teilen wir Ihnen mit, dass die Bundesärztekammer in o.g. Angelegenheit keine Stellungnahme abgibt.

Mit freundlichen Grüßen
i. A.

Katharina Wendland M.A.
Bundesärztekammer
Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.)
10623 Berlin

Postfach 12 08 64
10589 Berlin

Tel.: 030-4004 56-435
Fax: 030-4004 56-378
E-Mail: dezernat3@baek.de
<http://www.bundesaerztekammer.de>

**Auswertung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V**

**zu den Änderungen der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom
22. Januar 2015 und vom 18. Juni 2015 zur Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrank-
kungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezial-
fachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL)**

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	05.10.2015	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	07.10.2015	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	07.10.2015	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 13. Oktober 2015 und am 28. Oktober 2015 vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 11. November 2015 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 11. November 2015) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BPtK (07.10.2015)	<p>Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die teilweise Aufhebung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen von Erkrankungen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden können. Insbesondere bei onkologischen Erkrankungen ist regelhaft eine interdisziplinäre Behandlung und Zusammenarbeit der Leistungserbringer erforderlich, sodass es fachlich angemessen ist, durch die Änderung zukünftig mehr Patienten den Zugang zur ASV zu ermöglichen.</p> <p>In Bezug auf den Appendix, der den Behandlungsumfang für die Erkrankung „gynäkologische Tumoren“ adressiert, sieht die BPtK redaktionellen Anpassungsbedarf.</p>	Die Ausführungen der BPtK werden zur Kenntnis genommen.
2.	BPtK (07.10.2015)	<p>Anlage 1a Tumorgruppe 2 (Gynäkologische Tumoren)</p> <p>Appendix „gynäkologische Tumoren“ Abschnitt 2 (bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)</p> <p>Durch die im Abschnitt 2 vorgenommene Ergänzung „Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall“, ist es auch Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten möglich, im gleichen Umfang wie die Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatik psychotherapeutische Einzelgespräche zur psychoonkologischen Versorgung der Patienten im Rahmen der ASV zu er-</p>	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 11. November 2015) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>bringen. Damit wurden die Abrechnungsbedingungen in Bezug auf die Erbringung psychotherapeutischer Einzelgespräche zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Leistungserbringern angeglichen.</p> <p>Nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ sollen onkologischen Patienten bei entsprechender Indikation jedoch nicht nur psychotherapeutische Einzel-, sondern auch Gruppeninterventionen angeboten werden. Dem wurde dadurch Rechnung getragen, dass die antragsfreien psychotherapeutischen Gesprächsziffern der Fachärzte für Psychiatrie (21221) und Psychosomatik (22222) in den Appendix Abschnitt 1 aufgenommen wurden.</p> <p>Für die Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten sind antragsfreie psychotherapeutische Leistungen in der Gruppe bisher nicht im EBM abgebildet und es wurde auch keine entsprechende Ziffer für den Abschnitt 2 des Appendix geschaffen. Ob deshalb im Rahmen der ASV bei gynäkologischen Tumoren auch psychotherapeutische Gruppeninterventionen zur psychoonkologischen Versorgung durchgeführt werden können, hängt davon ab, welche Facharztgruppe zum Team der ASV bei gynäkologischen Tumoren hinzugezogen wird. Während Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatik auch psychotherapeutische Gespräche in der Gruppe im Rahmen der ASV anbieten können, ist dies für Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten nicht möglich.</p> <p>Dies ist aus Sicht der BpTK fachlich nicht zu begründen und kann</p>	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 11. November 2015) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>daher – auch vor dem Hintergrund begrenzter psychotherapeutischer Versorgungskapazitäten, die grundsätzlich eine Erhöhung des Anteils an Gruppeninterventionen wünschenswert machen - so nicht gewollt sein.</p> <p>Die BPtK schlägt deshalb vor, für die Gruppe „Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten“ zusätzlich folgende Leistung in den Abschnitt 2 des Appendix aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung) <p>Dies würde es zukünftig auch Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten ermöglichen, neben psychotherapeutischen Einzelgesprächen psychotherapeutische Gruppengespräche zur psychoonkologischen Versorgung der Patientinnen im Rahmen der ASV anzubieten.</p>	<p>Die DKG und die KBV folgen dem Vorschlag der BPtK und befürworten die Aufnahme der folgenden Leistung im Abschnitt 2 des Appendix:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung.“ <p>Der GKV-SV lehnt den Vorschlag der BPtK ab und verweist auf den im GKV-VSG vorgesehenen Anpassungsbedarf der Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30.06.2016, insbesondere die Neuregelung zur Gruppentherapie und die Anpassung des Antrags- und Begutachtungsverfahrens.</p>

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	08.10.2015	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 13. Oktober 2015 vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 11. November 2015 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 11. November 2015) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BZÄK (08.10.2015)	<p>Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer berühren die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren die zahnärztliche Berufsausübung nicht direkt.</p> <p>Jedoch sollte das besondere Augenmerk auf die entstehenden Folgeerkrankungen (Mundschleimhautentzündungen, Schluckbeschwerden etc. durch die Chemotherapie) gelegt werden. Im günstigsten Fall sollte der Zahnarzt bereits vor Beginn der Therapie und nach Diagnose in die Diagnostik und Therapie miteinbezogen werden. Die wichtigste Aufgabe besteht hierbei zunächst in der präventiven klinischen und radiologischen Untersuchung der Mundhöhle.</p>	<p>Der Hinweis der BZÄK wird zur Kenntnis genommen. Es resultieren <u>keine</u> Änderungen der Beschlüsse zur Anlage 1 a – 2 (gynäkologische Tumoren) vom 22.01.2015 bzw. vom 18.06.2015.</p>

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden angehört:

Organisation	Einladung am	An Anhörung teilgenommen:
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	27. Oktober 2015	ja

Die BZÄK hat mit Schreiben vom 8. Oktober 2015 erklärt, dass sie auf eine Anhörung verzichtet.

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 11. November 2015 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 11. November 2015) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BPtK	s. Wortprotokoll	Keine weiteren Änderungen durch Anhörung (s. auch lfd. Nr. 2 der Tabelle „Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen“)



Mündliche Anhörung

gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

hier: Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):

1. Änderung der ASV-RL nebst Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle und Anlage 2 Buchstabe k Marfan-Syndrom

2. Änderung der Beschlüsse vom 22. Januar 2015 und 18. Juni 2015 zur Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

3. Beschlusssentwurf zur Anlage 2 I pulmonale Hypertonie

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 11. November 2015
von 11.37 Uhr bis 11.59 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmerin der **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Frau Dr. ...

Verwendete Abkürzungen:

ASV:	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
ASV-RL:	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V
BPtK:	Bundespsychotherapeutenkammer
DKG:	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV:	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-VSG:	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung

Beginn der Anhörung: 11.37 Uhr

(Die angemeldete Teilnehmerin betritt den Raum)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (**Vertreterin der BPtK**), ich begrüße Sie zur mündlichen Anhörung zu den Änderungsvorschlägen zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Vielen Dank für die schriftliche Stellungnahme. Sie vertreten heute die Bundespsychotherapeutenkammer für die schriftliche Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer, und zwar sowohl zu den Änderungsvorschlägen zu der Rahmenrichtlinie zur ASV als auch zu den Anlagen gastrointestinale Tumoren, Marfan-Syndrom, gynäkologische Tumoren und pulmonale Hypertonie, wenn ich es richtig sehe.

Sie wissen, dass die mündliche Anhörung nicht den Zweck hat, nur zu wiederholen, was uns schriftlich bereits vorliegt, sondern Ihnen die Gelegenheit geben soll, vielleicht noch andere Aspekte vorzutragen, und vor allen Dingen aber auch den Unterausschussmitgliedern die Gelegenheit geben soll, Sie fragen zu können.

Ich würde die Anhörung jetzt nicht getrennt nach den einzelnen Anlagen durchführen, sondern Sie bitten, en bloc vorzutragen, wobei ich zuerst Ihnen, Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK), das Wort erteilen würde. Wenn nachher Fragen an Sie gerichtet werden, sollten Sie als Unterausschussmitglieder leger Ihre Namen weglassen und für das Protokoll nur die Organisation oder die Institution nennen.

Dann würde ich erst einmal Ihnen, Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK), als Vertreterin der Bundespsychotherapeutenkammer heute die Gelegenheit geben, Ergänzendes zu Ihrer schriftlichen Stellungnahme zur ASV-RL und den vorhin genannten Anlagen bzw. den Änderungsvorschlägen vorzutragen. Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK), bitte.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Vielen Dank für die Einladung zur Anhörung. Ergänzend: Es gibt keine neuen Aspekte, die ich hier ergänzend vortragen möchte. Wenn man es zusammenfasst, so begrüßen wir es, dass in allen Anlagen zur ASV-RL die psychosoziale bzw. psychotherapeutische Betreuung der Patienten bei starken psychosozialen oder psychischen Belastungen berücksichtigt wird. Wir plädieren dafür – das sind aus unserer Sicht mehr oder weniger nur redaktionelle Anmerkungen –, die Erbringungs- und Abrechnungsmöglichkeiten für alle Leistungserbringer in diesem Bereich anzugleichen und keine Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungserbringern zu machen.

Das wäre es eigentlich von meiner Seite. Deshalb würde ich jetzt um Ihre Fragen bitten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, auch dass Sie sich so kurzgefasst haben. – Fragen an Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK)?

GKV-SV: Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK), was uns an Ihren Anmerkungen interessiert, ist, inwieweit Sie Ihre Wünsche und Forderungen, die Sie formuliert haben, im Verhältnis zum gesetzlichen Auftrag sehen, den wir mit dem GKV-VSG bekommen haben und in dem es heißt, dass wir die Psychotherapie-Richtlinie hier gemeinsam im Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeiten sollen. Das ist ein Auftrag, der zustande gekommen ist, indem wir schon im Vorfeld – bestimmt ein, zwei Jahre – vor dem Gesetzgebungsverfahren intensive Gespräche nicht nur mit der Bundespsychotherapeutenkammer, sondern auch mit den wesentlichen Fachverbänden, die die Psychologischen Psychotherapeuten vertreten, geführt haben. Wir sind dann gemeinsam zu der Auffassung gelangt, dass wir die Psychotherapie-Richtlinie im G-BA unter dem Gesichtspunkt überarbeiten, dass verschiedene Versorgungsmöglichkeiten in Zukunft besser berücksichtigt werden. Dazu gehört insbesondere die Wahrnehmung von Gruppenpsychotherapie durch die Patienten und Versicherten. Vor diesem Hin-

tergrund ist es für uns nicht ganz erkennbar, warum wir jetzt im Rahmen der ASV-RL im Vorgriff auf die Verhandlungen zur Psychotherapie-Richtlinie Änderungen durchführen sollen, die eigentlich unmittelbar auch unsere Verhandlungen im Unterausschuss Psychotherapie betreffen. Ich bitte Sie zunächst einmal um Stellungnahme zu diesem Punkt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (Vertreterin der BPTK).

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPTK): So wie die Systematik im Moment aussieht, sind alle antragsfreien Leistungen der verschiedenen psychotherapeutischen Leistungserbringer, also sowohl der Fachärzte für Psychiatrie, der Fachärzte für psychosomatische Medizin, aber auch der Psychologischen Psychotherapeuten, in den Appendizes aufgenommen worden. Das heißt, es geht hier explizit nicht um Anpassungen an der Psychotherapie-Richtlinie oder Leistungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie. Es gibt einfach historisch gewachsene Unterschiede in den EBM-Ziffern, was die einzelnen Leistungserbringer angeht, wie die Leistungen erbracht werden können. Zum Beispiel haben die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine antragsfreien Leistungen, die in der Gruppe erbracht werden können, die anderen Leistungserbringer aber schon. Es geht uns daher in erster Linie um eine redaktionelle Anpassung, und das hat nichts direkt mit der Psychotherapie-Richtlinie zu tun.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Direkt dazu, noch einmal der GKV-SV.

GKV-SV: Das würde sich noch nicht einmal mit dem Gesetzestext decken, muss ich an dieser Stelle leider sagen. Im Gesetzestext ist darauf hingewiesen worden, dass wir die Förderung der Gruppentherapie überprüfen sollen. Im Zusammenhang damit ist natürlich unmittelbar gemeint, dass das Antrags- und Begutachtungsverfahren im Kontext der Gruppentherapie überprüft werden muss. Darum geht es dann auch, wenn wir in dem Unterausschuss die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie verhandeln werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die KBV, bitte.

KBV: Sie sprechen redaktionelle Anpassungen an. In meinen Augen geht es darüber hinaus. Wir haben uns auch gefragt – es ist richtig, der EBM ist hier anders aufgestellt –: Warum? Wir haben versucht, es nachzuvollziehen. Sie bringen zwei verschiedene inhaltliche Aspekte ein. Der eine betrifft, die Erbringung des Einzelgesprächs auch für die seltenen Erkrankungen aufzunehmen, was für die Tumoren schon erfolgt ist, und der andere für alle die Einbringung der Gruppenbehandlung. Die Gruppenbehandlung wurde seinerzeit nicht aufgenommen, was unserer Meinung nach seinerzeit auch gar nicht gefordert war. Um mitgehen zu können, benötigen wir für unsere Seite schon eine fachliche Einschätzung. Es muss wirklich gebraucht werden. Dies gilt insbesondere für die seltenen Erkrankungen, bei denen man fragen muss: Ist es überhaupt erforderlich, die Leistungserbringung im Einzelgespräch zu steigern? Im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen und auch der Psychoonkologie hatten wir das nachvollzogen. Ich will mich da gar nicht verschließen, aber wir bräuchten schon ein anderes Argument als das, es soll redaktionell gleichgezogen werden. Es muss klar erkennbar sein, dass auch ein Bedarf dafür da ist. Zu den Gruppenbehandlungen bei seltenen Erkrankungen gab es in unserem Haus die Frage: Gibt es Zentren, in denen das überhaupt realisiert werden kann, denn es ist ja sehr selten, und es ist eine sehr geringe Patientenzahl? Wird es gebraucht? Diese Frage stellt sich für uns, auch wenn wir sehen, dass es im EBM eine ungleiche Ausgestaltung gibt. Die Hintergründe gehören jetzt nicht in dieses Gremium und lassen sich sicherlich nicht mehr ganz nachvollziehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK), ich bitte Sie, diese Frage mit der nächsten Frage zusammen zu beantworten, denn die DKG hatte sich schon gemeldet.

DKG: Eigentlich erübrigt sich die Frage nach den eben gemachten Ausführungen, dass die Gründe dafür nicht hierhin gehören. Wenn Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK) aber trotzdem bekannt ist, warum das im EBM unterschiedlich geregelt ist, weil Sie vielleicht damals schon irgendwie damit befasst war, dann wäre ich dankbar, wenn Sie sie trotzdem nennen könnten, um es zu verstehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK), Sie haben das Wort.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Der Unterausschuss ASV hat beschlossen, um bei seltenen Erkrankungen die Patienten psychologisch zu betreuen, auch Gruppenleistungen in den Appendix aufzunehmen. Das haben Sie gemacht. So haben Sie die antragsfreien Gruppenleistungen für Fachärzte für psychosomatische Medizin und auch für Fachärzte für Psychiatrie aufgenommen. Ich würde es jetzt andersherum zurückgeben: Es ist aus unserer Sicht fachlich nicht nachvollziehbar, warum es davon abhängt, welche Fachgruppe die Leistung erbringt, ob sie im Rahmen der ASV Gruppengespräche anbieten können oder nicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Möchten Sie noch auf die Frage des GKV-SV eingehen, ob Sie durch Ihren Vorschlag nicht der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie vorgreifen?

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Ich bin im Moment überfragt, in welchem Zeitrahmen die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet wird. Wir wollen dem damit nicht vorweggreifen, wir wissen nur, die ASV-RL wird jetzt verabschiedet. Da es sich auf eine ganz bestimmte Patientengruppe und eine ganz bestimmte Leistungsmenge beschränkt, die dann auch in diesem Rahmen erbracht wird, würden wir es nicht als Vorgriff sehen, sondern einfach als eine Anpassung in der ASV-RL, die aus unserer Sicht fachlich, aber auch redaktionell Sinn macht. Es gibt aus unserer Sicht keinen Grund, zu warten, bis die Psychotherapie-Richtlinie überarbeitet ist. Wenn sie dann überarbeitet ist, dann kann man da unter Umständen weitere Anpassungen vornehmen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ihrer eben gemachten Äußerung möchte ich entschieden widersprechen. Hinsichtlich des zeitlichen Aspektes hat der Gesetzgeber sehr wohl eine zeitnahe Frist vorgesehen. Die Psychotherapie-Richtlinie ist bis zum 30. Juni nächsten Jahres zu überarbeiten. Es ist in der Begründung zum GKV-VSG und der damit intendierten Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie explizit ausgeführt, welche Aspekte aufgegriffen werden müssen. Es wurde eben bereits erwähnt, dass unter anderem die Förderung der Gruppentherapie Gegenstand dieser Überprüfung ist. In Anbetracht dieses recht überschaubaren Zeitrahmens von etwas mehr als einem halben Jahr sind wir sehr wohl der Meinung, dass Ihr Anliegen zurückgestellt werden sollte, bis die Psychotherapie-Richtlinie vom G-BA überarbeitet worden ist und entsprechende Anpassungen vorliegen, anhand derer man dieses Anliegen gegebenenfalls noch einmal aufgreifen kann.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die KBV.

KBV: Ich möchte auf den Punkt, den ich vorhin angeführt habe, zurückkommen. Sie haben es angesprochen, für die anderen Fachgruppen sind die Gruppenleistungen aufgenommen. Das gehört auch hierhin: Was gehört zum Behandlungsumfang? Wir haben aufgrund Ihrer Eingabe durchaus überlegt, ob das denn dort sinnvoll wäre oder es im Gegenzug nicht eher ein Schritt wäre, sie dort herauszu-

nehmen. Deshalb war die Frage: Wie ist es fachlich? Ich weiß nicht, ob Sie dazu jetzt etwas sagen können. Gibt es also ein fachliches Argument, das für die Gruppentherapie spricht? Gut, dann soll sie erbracht werden, dann auch von allen. Oder ist hier bei der Ersterstellung etwas aufgenommen worden, was hier nicht trägt? Dann wäre es aus rein redaktionellen Gründen auch nicht sinnvoll, dass man es für drei macht, wenn es schon für zwei nicht gebraucht wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK).

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Ich kann jetzt insbesondere für die onkologischen Erkrankungen sagen, dass in der Leitlinie zur Psychoonkologie – in den anderen Bereichen haben Sie keine Leitlinien, die explizit etwas zur psychologischen oder psychosozialen Betreuung der Patienten sagen – Gruppeninterventionen empfohlen werden. Vor dem Hintergrund, dass es grundsätzlich förderungswürdig ist, Gruppenleistungen zu erhöhen und damit dem Patientenbedarf besser entsprechen zu können, halten wir es schon für sinnvoll und hilfreich, dass Gruppenleistungen im Rahmen der ASV für alle Indikationen aufgenommen werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Eine Frage von mir bzw. die Erinnerung an eine Frage, zu der ich noch keine Antwort gehört habe. Sind Gruppentherapien für Patienten mit seltenen Erkrankungen grundsätzlich organisierbar, und finden Sie auch schon statt? – Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK), direkt dazu.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Dazu kann ich Ihnen im Moment keine Antwort geben. Ich denke, Sie spielen darauf an, dass es geringere Patientenzahlen sind und in den Zentren für einzelne schwere Erkrankungen dann vielleicht nur wenig Patienten da sind. Ich glaube, das würde sich dann am Bedarf orientieren. Wenn der Bedarf nicht da ist oder wenn das Zentrum die Patientenzahl nicht hat, um eine Gruppe einzurichten – Sie können eine Gruppe schon mit vier oder fünf Patienten machen –, dann wird sich das erübrigen, aber es schadet nicht, dass es drinsteht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Der GKV-SV, noch einmal.

GKV-SV: Die Überarbeitung der Gruppentherapie einschließlich der Überprüfung des Antrags- und Begutachtungsverfahrens dazu wird im Unterausschuss Psychotherapie stattfinden, nach unserem Dafürhalten auch bis Mitte nächsten Jahres abgeschlossen sein, so wie der Gesetzgeber es uns vorgegeben hat, nämlich bis zum 30. Juni. Dann wird zu prüfen sein, ob das, was wir an Ergebnissen erarbeitet haben, einer Neubewertung hinsichtlich der Vergütungsziffern bedarf. Vor diesem Hintergrund frage ich Sie: Könnte man nicht auch sagen, dass die onkologische Gruppentherapie so etwas wie ein Derivat dieser Verhandlungslösung ist, die wir im Unterausschuss Psychotherapie zu verhandeln haben, und ist es nicht möglicherweise sinnvoller, die Anliegen, die Sie hier vortragen, dann im Kontext dieser Verhandlungen im Zuge der Gesamtüberarbeitung zu beraten und zu berücksichtigen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Weitere Fragen an die Bundespsychotherapeutenkammer? – Die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Habe ich es gerade richtig verstanden, wie Sie den Aspekt der seltenen Erkrankungen und der Leistungsangebote in Gruppen dargestellt haben, dass Sie es zum einen grundsätzlich als ein sinnvolles Angebot ansehen, dass Sie zweitens davon ausgehen, dass diese Angebote auch bei einigen Zentren realisiert werden dürften, und dass Sie drittens davon ausgehen, dass es mit Sicherheit nicht bei allen ASV-Teams ein solches Angebot geben würde, in Abhängigkeit von der

Zahl der Betroffenen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt erscheinen? Ist das so richtig zusammengefasst?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK).

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Ja, Sie haben mich ganz richtig verstanden. Auch Sie selber haben es für sinnvoll gehalten, bei seltenen Erkrankungen Gruppenleistungen theoretisch anbieten zu können. Auch Sie müssen sich damals die Frage gestellt haben, ob es in den Zentren Sinn macht und es genug Patienten dafür gibt. Für die Fachärzte für Psychiatrie und für Psychosomatik haben Sie das dadurch beantwortet, dass Sie die antragsfreien Ziffern aufgenommen haben, weil Sie denken, dass es grundsätzlich denkbar und sinnvoll sein kann.

Noch einmal zurück zu der Frage, ob man es zurückstellen kann, bis bei der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie Ergebnisse vorliegen. Die Leistungen, die wir vorschlagen, sind explizit nicht Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie. Es sind nicht die Leistungsziffern aus dem Kapitel 35, die wir vorschlagen, die aufgenommen und ergänzt werden sollten. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten ist das vielmehr die Ziffer 23220, und die gehört nicht ins Kapitel der Leistungen für die Psychotherapie-Richtlinie. Deshalb weiß ich nicht, ob im Zuge der Bearbeitung der Psychotherapie-Richtlinie es vorstellbar ist, dass es zukünftig auch eine antragsfreie Ziffer für psychotherapeutische Leistungen in der Gruppe gibt, die auch von Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden kann, die neu geschaffen wird, die neu bewertet wird. Dann müsste die ASV-RL nach der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie dementsprechend noch einmal angepasst werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Der GKV-SV, noch einmal, bitte.

GKV-SV: Ich entnehme Ihren Ausführungen, dass Sie nach wie vor der Meinung sind, dass Sie der im Appendix vorgenommenen Unterscheidung, die sehr wohl eine Ursache hat, nämlich die, dass im EBM bestimmte Leistungen nur bestimmten Arztgruppen oder Leistungserbringergruppen zugeordnet worden sind, nicht folgen können und eine Gleichsetzung sowohl der Psychiater als auch der Psychologischen Psychotherapeuten fordern. Gehe ich recht in der Annahme, dass Sie auch davon ausgehen, dass im Zusammenhang mit der Behandlung der hier in Rede stehenden ASV-Krankheiten Sie diese Unterscheidung auch nicht für richtig halten bzw. die Ausbildungsinhalte demzufolge gleichsetzen wollen? Denn wir gehen davon aus, dass es durchaus Unterschiede in der Ausbildung sowohl ärztlicher Psychotherapeuten als auch Psychologischer Psychotherapeuten gibt, die eine Unterscheidung im Appendix rechtfertigen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Bitte.

Frau Dr. ... (Vertreterin der BPtK): Ja, da haben Sie mich richtig verstanden. Wir gehen davon aus, dass das gleichzusetzen ist. In Bezug auf die Gruppenleistungen bedeutet das: Dann müssten Sie die Psychologischen Psychotherapeuten ganz aus der ASV herausnehmen, denn warum sollen Psychologische Psychotherapeuten in der Einzelbehandlung qualifiziert sein, diese Patienten psychosozial zu betreuen, aber nicht in der Gruppenbehandlung? Das wäre aus unserer Perspektive schwer nachvollziehbar.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Weitere Fragen an die Bundespsychotherapeutenkammer? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich sehr und schließe damit die Anhörung.

Schluss der Anhörung: 11:59 Uhr

Appendix "gynäkologische Tumoren" mit

- **Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 3. Quartal 2014)**
(Mit allen GOP außer Kapitel 50 des EBM)
- **Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)**
- **Abschnitt 3 Sonderregelungen gemäß Ziffer 5**

Legende

0
1

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

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

Hinweise:

Die Anlage 5 der Tragenden Gründe enthält im Abschnitt 1 auch die GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang ausgeschlossen sind. Die Zeilen mit diesen GOP sind im Plenumsbeschluss nicht aufgeführt.

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
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	1	1	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, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	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, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	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, telefonische 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
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	1	1	1	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, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01430	Verwaltungskomplex	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, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspuschale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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			
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01436	Konsultationspauschale	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1		
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01440	Verweilen außerhalb der Praxis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01510	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 2h	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01511	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 4h	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01512	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 6h	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01520	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	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	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01521	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	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	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01530	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01531	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01601	Individueller Arztbrief	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01620	Bescheinigung oder Zeugnis	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01621	Krankheitsbericht	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01623	Kurvorschlag	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	01700	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	0	0	0	0	0	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 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.	0	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	0
3	Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung	0	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	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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

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	
7	Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (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
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

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.