

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Änderung der Anlage 1.1 – Ergänzung Buchstabe b (rheumatologische Erkrankungen)

Vom 15. Dezember 2016

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| 1. Rechtsgrundlage | 3 |
| 2. Eckpunkte der Entscheidung | 3 |
| 2.1 Aufbau | 3 |
| 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen: | 4 |
| 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung | 4 |
| 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 | 8 |
| 2.2.3.3 Dokumentation | 9 |
| 2.2.3.4 Mindestmengen | 9 |
| 2.2.4 Überweisungserfordernis | 10 |
| 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) | 11 |
| 3.2.1 Konkretisierung der Erkrankung | 11 |
| 3.2.2 Behandlungsumfang | 12 |
| 3.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität | 13 |
| 3.2.3.1 Personelle Anforderungen | 13 |
| 3.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen | 14 |
| 3.2.3.3 Dokumentation | 15 |
| 3.2.3.4 Mindestmengen | 15 |
| 3.2.4 Überweisungserfordernis | 15 |
| 4 Bürokratiekostenermittlung | 15 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5 | Verfahrensablauf | 16 |
| 6 | Stellungnahmeverfahren | 17 |
| 7 | Fazit..... | 17 |
| 8 | Literaturverzeichnis | 17 |
| 9 | Zusammenfassende Dokumentation | 18 |

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 ASV-RL gibt den formalen Rahmen für den neuen Versorgungsbereich 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 konkretisierenden Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen seit Inkrafttreten des GKV-VSG ohne Einschränkung auf schwere Verlaufsformen), 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 Qualitätssicherung bestimmt.

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

Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den jeweiligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL.

Soweit Abweichungen von der ABK-RL aus einer Verschiebung der Regelungen aus der Konkretisierung in den neuen Richtlinien text resultieren (z.B. Studienteilnahme, Zusammenarbeit 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.

2.1 Aufbau

Wie in der ABK-RL werden auch in der ASV-RL bei den rheumatologischen Erkrankungen hinsichtlich der Behandlung Erwachsener (Teil 1) bzw. Kinder und Jugendlicher (Teil 2) differenziert.

Die Anlage 1.1 – Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen ist in den Teilen 1 und 2 jeweils wie folgt gegliedert:

- 1 Konkretisierung der Erkrankung
- 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 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Anmerkung: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung gesondert in ein Stellungnahmeverfahren zu geben.

2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:

I. Teil 1: Erwachsene

2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

Teil 1 der Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in Teil 2 der Anlage festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen werden soll.

In der ABK-Richtlinie wurden Kriterien für den schweren Verlauf vorgegeben. In die ASV werden Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen aufgenommen. Um diese Besonderheiten der rheumatologischen Erkrankungen hervorzuheben, wurden Präzisierungen vorgenommen.

Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die spezielle, vielfältige Expertise (z.B. im Umgang mit hochwirksamen Immunsuppressiva oder Biologica sowie möglichen toxischen Nebenwirkungen oder bei drohenden Organschädigungen oder systemischen Verläufen) hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.

Entsprechend der Begründung zur Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bleibt das generelle Merkmal, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, für rheumatologische Erkrankungen bestehen.

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

Die Sarkoidose ist eine Multisystem Erkrankung unklarer Genese, die meist die Lunge betrifft. Sie kann aber auch jedes andere Organ betreffen. Die Erkrankung verläuft dabei häufig selbstlimitierend, hat eine gute Prognose und ihre Behandlung erfolgt durch die Fachgruppe der Internisten. Die genannten Gründe machen eine Abbildung innerhalb der ASV unnötig. Die auch als Löfgren-Syndrom bezeichnete Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V. mit M14.8* (D86.8) mit seiner typischen Krankheitstrias Arthritis, Erythema nodosum und bililärer Adenopathie wurde aufgrund der Versorgungsrealität bereits in der ABK-RL in der Anlage zu rheumatologischen Erkrankungen verortet und bildet somit gegenüber den weiteren Ausprägungen der Sarkoidose eine Ausnahme.

Ergänzend zu den in der ABK-Richtlinie aufgeführten Diagnosen wird E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose aufgenommen, eine seltene rheumatologische Diagnose, die eine spezielle Qualifikation des Arztes und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

Es handelt sich bei M86.3-Chronische multifokale Osteomyelitis um ein seltenes Krankheitsbild; die Problematik liegt u. a. in der frühzeitigen Diagnosestellung und Abgrenzung zu anderen Krankheiten. Häufig ist eine immunsuppressive Therapie erforderlich. In der Regel erfolgen Diagnosestellung und Therapie durch Rheumatologen.

Das "Vollbild" wird als chronisch rezidivierende multifokale Osteomyelitis (CRMO) bezeichnet. Neben "chronisch sklerosierender Osteomyelitis", "Kondensierender Osteomyelitis", "Sklerosis und Hyperostosis", "Pustulöser Arthroostitis", und deskriptiven histopathologischen Bezeichnungen, wie "lympho-plasmazellulärer Osteomyelitis", wird die Erkrankung bei Jugendlichen und Erwachsenen auch als SAPHO-Syndrom bezeichnet. Dieses Akronym steht für Synovitis, Akne, Pustulosis, Hyperostosis und Osteitis. Die CRMO wird von manchen Autoren als kindliches SAPHO-Syndrom angesehen (LL CRMO).

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 Behandlungsumfangs 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.

Diagnostik

Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

Folgende Leistungen, die Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind, wurden im Vergleich zur ABK-RL neu aufgenommen:

Laut Empfehlungen nationaler (AWMF) Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind insbesondere im Rahmen der Diagnostik und Differentialdiagnostik der Krankheitsbilder der Sarkoidose (ICD-10 Kode D86.8) und des hereditären Mittelmeerfiebers (ICD-10 Kode E85.0) humangenetische Untersuchungen notwendig.

Laut den Empfehlungen des Paul-Ehrlich-Instituts und des Deutschen Zentralkomitees für Tuberkulose sowie den Vorgaben der aktuellen Leitlinien (AWMF) zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Rheumatoider Arthritis und anderen Autoimmunkrankheiten sollte vor dem Einsatz von TNF- α -Inhibitoren bei allen Patienten sowohl eine aktive Tuberkulose ausgeschlossen werden als auch ein Screening auf das Vorliegen einer latenten tuberkulösen Infektion (LTBI) erfolgen. Der Tuberkulin-Test stellt eine der diagnostischen Möglichkeit in diesem Sinne dar und wird als solcher in den Katalog der diagnostischen Maßnahmen aufgenommen.

Viele rheumatologische Erkrankungen weisen eine Nierenbeteiligung auf. Zudem führen einige der typischen Rheumamedikamente (z. B. NSAR, Basismedikamente), v.a. bei zu hoher Dosierung oder falschem Einsatz, zu einer weiteren Beeinträchtigung der Nierenfunktion. Die Nierenfunktionsdiagnostik gehört zum Behandlungsumfang der ASV, um rechtzeitig mögliche Komplikationen, Verschlechterungen und/oder Nebenwirkungen von Medikamenten zu erkennen.

Darüber hinaus gehören diagnostische Leistungen, die für Erkrankungen der vorliegenden Konkretisierung nicht im EBM abgebildet sind, zum Leistungsumfang:

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen gehen häufig mit einer Augenbeteiligung einher, die das erste klinische Zeichen der Erkrankung sein kann. Die zum Behandlungsumfang zählenden augenärztlichen Basisleistungen (Spaltlampenmikroskopie, Augenhintergrunduntersuchung sowie Augendruck-, Gesichtsfeld- und Tränenflüssigkeitsbestimmung (Schirmertest)) sind bei der Primärdiagnostik und zur Verlaufskontrolle (unter Therapie) von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen essentiell. Die aufgeführten Leistungen sind im EBM Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale. Die Augenärzte sind als hinzuzuziehende Fachgruppe auf Indikations- und Definitionsauftrag tätig; die Grundpauschalen werden daher nicht im Abschnitt 1 des Appendix abgebildet.

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.

Gemäß der international anerkannten Einteilung der Vaskulitiden der Chapel Hill Consensus Conference (2012) werden unter dem Begriff „Großgefäßvaskulits“ die Erkrankungen Takayasu-Arteritis (TAK) und Riesenzellerarteriitis (GCA) klassifiziert.

In seltenen Fällen kann der Einsatz von PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei diesen Erkrankungen die konventionelle Diagnostik – nicht die Verlaufskontrolle - mit MRT, DSA und Ultraschall ergänzen. Größere Fallserien liegen lediglich bei der Riesenzellerarteriitis vor.[2] Die grundsätzliche Anwendbarkeit der PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei der sehr viel selteneren TAK wird aufgrund anatomischer Erwägungen von Experten in Reviews befürwortet.[1,4] Die Abgrenzung einer Vaskulitis von arteriosklerotischen Gefäßveränderungen setzt eine hohe Erfahrungheit des PET-Anwenders voraus.

Die entsprechenden Fachinformationen führen unter den Nebenwirkungen einer Cortisontherapie zahlreiche unerwünschte Nebenwirkungen auf, u.a. für das Immunsystem, die Haut, den Stoffwechsel und das Muskelskelett System, aber keine expliziten Hinweise auf einen Verlust des Geruchssinnes. Daher besteht kein Erfordernis, diese Leistung in den Leistungskatalog aufzunehmen.

Behandlung

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

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 und von Behandlungsspätfolgen.

Beratung

Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

Bereits in der alten Fassung der Richtlinie nach § 116b SGB V („ambulante Behandlung im Krankenhaus“) war die psychosoziale Beratung ein Bestandteil des Beratungsumfanges. Bei dem chronischen und zumeist mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen verbundenen Krankheitsverlauf ist die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten von Patientinnen und Patienten, wie auch deren Bezugspersonen, essenziell und wird in die neue ASV-RL nach §116b SGB V übernommen.

Eine Beratung der Patientinnen und Patienten soll auch für das Verhalten bei einer akuten Verschlechterung oder in Notfallsituationen durchgeführt werden. Dies kann ggf. auch unter Zuhilfenahme eines Notfallausweises erfolgen, der jedoch nicht das ärztliche Gespräch ersetzt.

Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Rheumatologische Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, mit denen der Patient lebenslang umzugehen lernen muss. Durch die Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen, die für seine Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des Patienten bleibt bestehen.

Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen hin.

Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann in vielen Fällen die Ernährung den Verlauf rheumatologischer Erkrankungen u.a. durch die Beeinflussung von Entzündungsmediatoren positiv verändern. Häufig ist eine komplette Ernährungsumstellung erforderlich, über die die Patienten aufgeklärt werden müssen.

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden die Regelungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL der neuen Teamgestaltung angepasst, obgleich das Spektrum an Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

a) Teamleitung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation der beteiligten Fachärzte sowie die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. Die Teamleitung wird durch einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gewährleistet.

b) Kernteam

Die internistischen Rheumatologen, Nephrologen, Orthopäden und Unfallchirurgen mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie, Pneumologen und Dermatologen wurden dem Kernteam zugeordnet, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen die spezielle Expertise für die Diagnostik und Behandlung durch Fachärzte dieser Fachdisziplinen im Vordergrund steht.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

Für folgende Fachdisziplinen, die bereits in der ABK-Richtlinie benannt sind, wurde eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:

- Augenheilkunde

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie / Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Radiologie
- Urologie

Dies stellt sicher, dass diese Facharztgruppen bei Bedarf (Indikations- oder Definitionsauftrag) in die ASV-Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten eingebunden sind.

Ergänzt wurde die dritte Ebene um folgende Facharztgruppen, die auf Grund der Weiterentwicklung in der Medizin und spezieller Verfahren (z.B. spezielle humangenetische Untersuchungen, differenzierte Gerinnungsdiagnostik, histologische und zytologische Untersuchungen, Radiosynoviorthesen) erforderlich sind:

- Humangenetik
- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Pathologie

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden Änderungen wie nachfolgend dargestellt vorgenommen:

Die Voraussetzung, dass 2 Rheumatologen verpflichtend vorzusehen seien, stammt aus der ABK-Richtlinie und lässt sich außerhalb des Klinikbereiches nicht realisieren.

Daher ist im Kernteam nur ein Rheumatologe vorzusehen, der auch die Funktion des Teamleiters übernimmt.

Des Weiteren wurde die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ergänzt um die Fachgruppe Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, um diese Fachgruppen nicht von der ASV auszuschließen.

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.

Durch eine entsprechende Kooperation zwischen dem jeweiligen ASV-Team und einem geeigneten Krankenhaus (rheumatologische Akutklinik oder ein Krankenhaus mit internistischer Abteilung und Notaufnahme) wird sichergestellt, dass bereits vor Eintreten einer möglichen Notfallsituation für die Patientin bzw. den Patienten Versorgungs- und Planungssicherheit gewährleistet wird. Der Patient kann somit beim Auftreten von Beschwerden außerhalb der Erreichbarkeitszeiten des ihm vertrauten ASV-Teams zeitnah das ihm bereits zu Beginn der Behandlung in der ASV mitgeteilte Kooperationskrankenhaus aufsuchen.

Bei ASV-Teams, welche sich sowohl aus Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch aus Ärztinnen und Ärzten eines Krankenhauses rekrutieren bzw. allein aus Krankenhausärzten bestehen, kann die 24-Stunden-Notfallversorgung auch durch Kooperation mit dem Krankenhaus des ASV-Teams sichergestellt werden.

Patientenschulungsmaßnahmen sind seit Jahren zu einem Bestandteil der Behandlungskonzepte in der Rheumatologie geworden.

Die Schulungsprogramme sollen krankheitsspezifisches Fachwissen sowie Kenntnisse der Lern- und Verhaltenspsychologie vermitteln und werden in Gruppen von einem interdisziplinären Team (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeut etc.) durchgeführt. Die Schulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Ziel ist, die Lebensqualität zu erhöhen im Sinne der Hilfe zur individuellen Selbsthilfe.

Daher erfolgte die Verortung der Patientenschulung unter „Sächliche und organisatorische Anforderungen“.

Es obliegt dem ASV Team, die Patientinnen und Patienten über entsprechende Seminare und Schulungsprogramme, beispielsweise über das Projekt „Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis“ (StruPI-RA), zu informieren. Hierbei handelt es sich um Informationsveranstaltungen mit einem modularen Aufbau, die einheitliche und grundlegende Informationen zur Krankheit, Diagnose und Therapie vermitteln. Weiterhin existieren Schulungsprogramme für rheumakranke Kinder bzw. Jugendliche und deren Eltern.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass die Krankenkasse zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet, die Krankenbehandlung nicht ausreicht und eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation – auch anderer Sozialleistungsträger- nicht indiziert ist.

Patientenschulungen werden außer im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen auch stationär (Krankenhaus) angeboten.

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.

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. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus.

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 rheumatologischen Erkrankungen mitbringen müssen. Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen, wie sie in § 6 ABK-RL geregelt wurde, fest. Die dort definierte Mindestmenge von 240 je Einrichtung wurde in der ABK-RL auf Anregung von Experten festgelegt. Diese Festlegung wurde aus der ABK-RL in die ASV-RL übernommen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.

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

Auch wenn das Zugangskriterium „schwerer Verlauf“ gegenüber der ABK-Richtlinie weggefallen ist und zudem auch Patienten mit Verdachtsdiagnosen in die ASV aufgenommen werden, also zunehmend mehr Patienten in der ASV erwartet werden können, so wurde dennoch an der bereits in der ABK-Richtlinie festgelegten Mindestmenge festgehalten. Das liegt u.a. daran, dass es schwierig ist, aus den Prävalenzen der verschiedenen und teilweise seltenen Erkrankungen der Anlage Rheumatologische Erkrankungen neue Mindestmengen zu berechnen. Zudem wird durch die Kriterien des besonderen Verlaufes ebenfalls eine Eingrenzung vorgenommen, und es werden wie in der ABK-RL nur Patienten mit gesicherter Diagnose gezählt Ggf. wird im Verlauf der ASV, wenn Behandlungszahlen vorliegen, eine Überprüfung der Mindestmenge erforderlich.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen das Kernteam 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.

2.2.4 Überweisungserfordernis

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

Die Überweisung in den ASV-Bereich kann laut ASV-RL für ein oder mehrere Quartale erfolgen. Da bei den rheumatologischen Erkrankungen zukünftig Patientinnen und Patienten mit nicht schweren Verlaufsformen eingeschlossen werden können – die jedoch gleichwohl einer interdisziplinär abgestimmten Diagnostik und Therapie bedürfen – ist die Indikation für eine Behandlung im Rahmen der ASV in kürzeren Zeitabständen zu prüfen. Rheumatologische Erkrankungen verlaufen häufig in Schüben und Patientinnen und Patienten, die z. B. mit Medikamenten gut eingestellt sind, bedürfen keiner ständigen ASV. Daher ist es sinnvoll, jeweils nach zwei Quartalen zu überprüfen, ob eine Behandlung in der ASV weiterhin erforderlich ist.

Erweitert wurde die Teilnahmemöglichkeit an der ASV für Patientinnen und Patienten mit Verdachtsdiagnosen, da der Verlauf einer rheumatologischen Erkrankung auch vom Therapiebeginn und somit Zeitpunkt der Diagnosestellung abhängt. Diese gestaltet sich außerhalb spezialisierter, interdisziplinärer Teams häufig schwierig, so dass es zu einem deutlich verspäteten Therapiebeginn kommen kann. Die möglichst frühzeitige Einleitung einer antirheumatischen, krankheitsmodifizierenden Therapie ist jedoch wichtig, um eine Verlangsamung der Progression und ggf. eine Remission zu erreichen.

Die Überweisung bei Verdachtsdiagnosen setzt eine Mindestdiagnostik bzw. eine medizinische Begründung voraus, da der rheumatologische Formenkreis eine sehr heterogene Gruppe von Erkrankungen umfasst. Diese Diagnostik setzt sich zusammen aus Anamnese, körperlicher Untersuchung und Laboruntersuchungen. Für diesen Zweck können auch Checklisten bzw. Screeningbögen eingesetzt werden, die zwar nicht bundeseinheitlich existieren, jedoch alle ähnlichen Informationen beinhalten und bereits von vielen Ärztinnen und Ärzten genutzt werden. Bereits vorliegende bildgebende Diagnostik sollte zur Verfügung gestellt werden.

Die Untersuchungsergebnisse sollten einen hochgradigen Verdacht auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung nahelegen und beispielweise eine verschleißbedingte (degenerative) rheumatische Erkrankung (Arthrose) sicher ausschließen. Dadurch wird

sichergestellt, dass die durchgeführten medizinischen Untersuchungen ein Höchstmaß an Diagnosesicherheit bieten und Patientinnen und Patienten mit tendenziell einfach auszuschließenden Diagnosen nicht in der ASV behandelt werden. Vergleichbar zu rheumatologischen Frühsprechstunden können so Ressourcen optimal genutzt und Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten verringert werden, die tatsächlich einer möglichst schnellen Diagnostik und Therapie bedürfen.

Erhärtet sich die Verdachtsdiagnose oder kann eine rheumatologische Erkrankung nicht sicher ausgeschlossen werden, so kann die Überweisung in die ASV erfolgen. Nach zwei Quartalen wird für die erneute Überweisung dieser Patientinnen und Patienten in die ASV dann eine gesicherte Diagnose gefordert.

Analog zur gesetzlichen Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich besteht gemäß § 8 Satz 3 ASV-RL auch für Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte kein Überweisungserfordernis. Diese Ausnahmeregelungen gelten jedoch nur, wenn die Patientinnen und Patienten im eigenen ASV-Team behandelt werden. Dies gilt ebenso für Patientinnen und Patienten mit Verdachtsdiagnose; hier entfällt entsprechend eine Mindestdiagnostikforderung.

2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Anmerkung: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung gesondert in ein Stellungsverfahren zu geben.

II. Teil 2: Kinder und Jugendliche

3.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

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

Kinder und Jugendliche mit Sarkoidose benötigen die Behandlung durch Ärzte mit spezieller Erfahrung und werden in der Regel durch Kinderärzte mit rheumatologischer Expertise sowie je nach Symptom weiteren Fachärzten behandelt. Die Komplexität der Erkrankung und die potenziellen Langzeitfolgen erfordern eine interdisziplinäre Betreuung. Vor allem bei der frühkindlichen Form besteht die Gefahr der Entwicklung bleibender Schäden an Gelenken oder am Auge (Visusminderungen bis zur Erblindung). Daher werden folgende Diagnosen zusätzlich in die ASV aufgenommen:

- D86.0 Sarkoidose der Lunge
- D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.3 Sarkoidose der Haut

Analog Teil 1 Erwachsene wird E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose ergänzend zu den in der ABK-Richtlinie aufgeführten Diagnosen aufgenommen. Es handelt sich um eine seltene rheumatologische Diagnose, die eine spezielle Qualifikation des Arztes und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

Ergänzend zu den ABK-Richtlinien, in denen keine Diagnose aus dem urtikariellen Spektrum enthalten war, wurde der Code L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme in die Richtlinie aufgenommen. Hierdurch soll die Möglichkeit eröffnet werden, hereditäre autoinflammatorische Syndrome wie beispielsweise das ‚familiäre Kälte-assoziierte autoinflammatorische Syndrom‘ (Kälteurtikaria) und das ‚Muckle-Wells-Syndrom‘ abbilden zu können. Diese äußerst seltenen Erkrankungen stellen in Hinblick auf die Diagnosestellung eine besondere Herausforderung dar und werden zumeist von Rheumatologen versorgt.

M05.- bis M06.1-: Bei Beginn der Erkrankung nach dem 16. Lebensjahr sind die Erkrankungen keine Juvenile Idiopathische Arthritis mehr, sondern müssen definitionsgemäß als die Erwachsenenform diagnostiziert werden. Dennoch erfolgt die Versorgung bis zum 18. Lebensjahr in der Kinder- und Jugendrheumatologie.

In der Kinder- und Jugendrheumatologie findet sich eine breite Palette andersgearteter Arthritiden (M13.-) zumeist seltener rheumatischer Erkrankungen, die der ICD 10 nicht eigens ausweist (z.B. Chronische Arthritis-Pericarditis-Camptodactylie Syndrom). Diese komplexen Fälle benötigen eine §116b-Struktur.

Es handelt sich bei M30.0 Panarteriitis nodosa und M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung um Erkrankungen, die im Kindesalter sehr selten und mit einem heterogenen klinischen Bild auftreten. Hier ist eine spezielle kinderrheumatologische Expertise gefragt. Daher werden diese Diagnosen zusätzlich für Kinder und Jugendliche in die ASV aufgenommen.

Gemeint ist die Leukozytoklastische Vaskulitis, die jedoch im ICD 10 als I77.6 kodiert wird. Die Versorgung dieser Diagnosen erfolgt ebenfalls rheumatologisch.

Unter M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien und M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet, werden Erkrankungen zusammengefasst, die überwiegend in den Behandlungsbereich von Rheumatologen fallen und daher hier zusätzlich zur ABK-Richtlinie aufgenommen werden.

Bei Beginn der Erkrankung nach dem 16. Lebensjahr erfolgt die Kodierung der Erwachsenenform. Die Versorgung zwischen dem 16. und dem 18. Lebensjahr findet in der Kinder- und Jugendrheumatologie statt.

Die Polymyositis M33.1, M33.2 ist im Kindesalter extrem selten (bundesweit geschätzt 20 Fälle). Es gibt keine eigene Kodierung für die juvenile Form. Die Kinder werden zumeist kinderrheumatologisch versorgt.

Die Erkrankung M35.0 tritt im Kindesalter selten auf, eine eigene Kodierung der juvenilen Form ist nicht möglich. Die Betreuung erfolgt ausschließlich über den Kinderrheumatologen.[3]

Selten wird die Diagnose M45.0- Spondylitis ankylosans vor dem 18. Lebensjahr gestellt. Die Versorgung dieser jugendlichen Patienten findet in der Kinder- und Jugendrheumatologie statt.

Bei Beginn der entzündlichen Spondylopathie (M46.9-) nach dem 16. Lebensjahr erfolgt die Kodierung der Erwachsenenform. Die Versorgung zwischen dem 16. und dem 18. Lebensjahr findet in der Kinder- und Jugendrheumatologie statt.

Es handelt sich bei M86.3 Chronische multifokale Osteomyelitis um ein seltenes Krankheitsbild; die Problematik liegt u. a. in der frühzeitigen Diagnosestellung und Abgrenzung zu anderen Krankheiten. Häufig ist eine immunsuppressive Therapie erforderlich. In der Regel erfolgen Diagnosestellung und Therapie durch Rheumatologen bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch Kinderrheumatologen.

3.2.2 Behandlungsumfang

Bezüglich der auch für Erwachsene geltenden Regelungen zum Behandlungsumfang wird auf die Ausführungen in Teil 1 verwiesen.

Abweichend von Teil 1 wurden folgende Leistungen nicht in den Behandlungsumfang von Kindern und Jugendlichen aufgenommen:

- Radiosynoviorthese

- PET; PET-CT.

Dies folgt dem Umstand, dass nuklearmedizinische Verfahren bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der Strahlenexposition nur selten indiziert sind.

Kinder und Jugendliche mit rheumatologischen Erkrankungen müssen besonders sensibel über krankheitsbedingte Einschränkungen aufgeklärt werden. Andererseits ist es von hoher Wichtigkeit, sie auch über die Möglichkeiten zu informieren, trotz chronischer Erkrankung am sozialen Alltag/Schulalltag, an Sport- und Freizeitveranstaltungen teilzunehmen sowie Jugendlichen erste Hinweise zu geben, welche möglichen Krankheitsentwicklungen bei Ausbildungs- und Berufswahl berücksichtigt werden müssen. Hier ist der behandelnde Arzt oft erster Ansprechpartner, da er die Entwicklung der Patienten und deren Umgang mit ihrer Erkrankung über Jahre verfolgt.

Darüber hinaus gehören diagnostische Leistungen, die für Erkrankungen der vorliegenden Konkretisierung nicht im EBM abgebildet sind, zum Leistungsumfang:

Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin regelt. Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung kommt es z. B. häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Die zielgerichtete und strukturierte Überleitung des Patienten an den weiterbehandelnden Arzt erfordert u.a. ein ausführliches Überleitungsgespräch mit dem Patienten und der Bezugs- oder Kontaktperson, die Erstellung eines Abschlussberichts (Diagnosen, Befunde, Medikationsplan, besondere Hinweise u.a.) an den sowie die konsiliarische Beratung mit dem weiterbehandelnden Arzt. Für diesen zeitaufwändigen Prozess gibt es bisher keine Abbildung im EBM.

3.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.2.3.1 Personelle Anforderungen

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden die Regelungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL der neuen Teamgestaltung angepasst, obgleich das Spektrum an Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

a) Teamleitung und b) Kernteam

Neben einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinderrheumatologie, die/der auch Teamleiter ist, gehören Fachärztinnen und Fachärzte der Fachgruppen Augenheilkunde und Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie dem Kernteam an, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter die spezielle Expertise für die Diagnostik und Behandlung durch Fachärzte dieser Fachdisziplinen im Vordergrund steht.

b) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

Für folgende Fachdisziplinen, die bereits in der ABK-Richtlinie benannt sind, wurde eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie,

- Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie,
- Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie.
- Radiologie.

Ergänzt wurde die dritte Ebene um folgende Facharztgruppen, die auf Grund der Weiterentwicklung in der Medizin und spezieller Verfahren (z.B. spezielle humangenetische Untersuchungen, differenzierte Gerinnungsdiagnostik, histologische und zytologische Untersuchungen) für erforderlich gehalten werden und auch in Teil 1 Erwachsene verortet sind:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Humangenetik,
- Innere Medizin und Angiologie,
- Laboratoriumsmedizin,
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie,
- Pathologie.

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden Änderungen wie nachfolgend dargestellt vorgenommen:

Die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird ergänzt um die Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, um diese Fachgruppen, v.a. für die Behandlung älterer Jugendlicher, nicht von der ASV auszuschließen.

Die Fachgruppen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Innere Medizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung Endokrinologie wird nicht im ASV-Team gesehen, da nur in sehr seltenen Erkrankungsfällen von einem Überweisungserfordernis an diese Fachdisziplinen auszugehen ist.

Laut Empfehlungen nationaler (AWMF) Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind insbesondere im Rahmen der Diagnostik und Differentialdiagnostik der Krankheitsbilder der Sarkoidose (ICD-10 Code D86.8) und des hereditären Mittelmeerfiebers (ICD-10 Code E85.0) humangenetische Untersuchung notwendig.

3.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Bezüglich der auch für Erwachsene geltenden Regelungen zu den sächlichen und organisatorischen Anforderungen wird auf die Ausführungen in Teil 1 verwiesen.

Durch eine entsprechende Kooperation zwischen dem jeweiligen ASV-Team und einem geeigneten Krankenhaus, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt, wird sichergestellt, dass bereits vor Eintreten einer möglichen Notfallsituation für die Patientin bzw. den Patienten Versorgungs- und Planungssicherheit gewährleistet wird. Der Patient kann somit beim Auftreten von Beschwerden außerhalb der Erreichbarkeitszeiten des ihm vertrauten ASV-Teams zeitnah das ihm bereits zu Beginn der Behandlung in der ASV mitgeteilte Kooperationskrankenhaus aufsuchen.

Bei ASV-Teams, welche sich sowohl aus Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch aus Ärztinnen und Ärzten eines Krankenhauses rekrutieren bzw. allein aus Krankenhausärzten

bestehen, kann die 24-Stunden-Notfallversorgung auch durch Kooperation mit dem Krankenhaus des ASV-Teams sichergestellt werden.

3.2.3.3 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.

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.

3.2.3.4 Mindestmengen

Eine Mindestmenge wird bei Kindern und Jugendlichen in dieser erkrankungsspezifischen Regelung nicht festgelegt.

3.2.4 Überweisungserfordernis

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

Die Überweisung in den ASV-Bereich kann laut ASV-Richtlinie für ein oder mehrere Quartale erfolgen. Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. Da Rheumatologische Erkrankungen häufig in Schüben verlaufen und Patienten, die z. B. mit Medikamenten gut eingestellt sind, keiner ständigen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, ist es sinnvoll, jeweils nach 2 Quartalen zu überprüfen, ob eine Behandlung in der ASV weiterhin erforderlich ist.

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.

3.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Anmerkung: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung gesondert in ein Stellungnahmeverfahren zu geben.

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 1.804.581 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 2.525.487 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

5 Verfahrensablauf

Am 12. Januar 2015 begann die AG ASV bzw. am 16. März 2015 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 19 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle)

| Datum | Beratungsgremium | Inhalt/Beratungsgegenstand |
|--------------------|-------------------------|---|
| 21. März 2013 | Plenum | Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL |
| 12. Januar 2015 | AG ASV | Beratung eines ersten Beschlussentwurfs |
| 11. Februar 2015 | Unterausschuss ASV | Beratung zum Anpassungsbedarf der ASV-RL |
| 23. Februar 2015 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs Beratung der Aufträge des Unterausschusses ASV vom 11. Februar 2015 |
| 16. März 2015 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zum Vorgehen zur Erstellung des Appendix „rheumatologische Erkrankungen“ |
| 23. März 2015 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 30. April 2015 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 10. Juni 2015 | UA ASV | Sachstandsbericht und Beratung zum weiteren Vorgehen Zurückstellung der Beratungen zu Rheuma wg. GKV-VSG |
| 19. Februar 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 15. März 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs und der ICD-Liste „rheumatologische Erkrankungen“ |
| 19. April 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 26. April 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs |
| 10. Mai 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 14. Juni 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 15. Juni 2016 | UA ASV | Sachstandsbericht |
| 30. Juni 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 12. Juli 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe |
| 20. Juli 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zu den Appendizes des Beschlussentwurfs |
| 17. August 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zu den Appendizes des Beschlussentwurfs |
| 23. August 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zu den Appendizes des Beschlussentwurfs |
| 24. August 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zu den Appendizes des Beschlussentwurfs |
| 21. September 2016 | UA ASV | Einleitung des Stellungnahmeverfahrens (ohne Appendizes) |

| | | |
|-------------------|--------|---|
| 12. Oktober 2016 | AG ASV | Beratung zur Bürokratiekostenermittlung des Beschlussentwurfs |
| 2. November 2016 | AG ASV | Auswertung der Stellungnahmen |
| 9. November 2016 | UA ASV | Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und Beschlussempfehlung an das Plenum |
| 15. Dezember 2016 | Plenum | Beschlussfassung ohne Appendizes |

(Tabelle Verfahrensablauf)

6 Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 b (Rheumatologische Erkrankungen) Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom 21. September 2016 wurde das Stellungnahmeverfahren am 26. September 2016 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 24. Oktober 2016.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und die Bundesärztekammer (BÄK) legten ihre Stellungnahmen fristgerecht vor. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) teilte mit E-Mail vom 21. Oktober 2016 und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) mit E-Mail vom 25. Oktober 2016 mit, dass sie keine Stellungnahmen abgeben. Die eingereichten Stellungnahmen bzw. Rückmeldungen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 2. November 2016 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 9. November 2016 durchgeführt (**Anlage 5**).

Aus den Beratungen der schriftlichen Stellungnahmen resultierten keine Änderungen des Beschlussentwurfs. Diese können mit ihrer Begründung der **Anlage 5** entnommen werden.

Die Stellungnahmeberechtigten wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht zur Anhörung im Unterausschuss ASV am 9. November 2016 eingeladen. Die Stellungnahmeberechtigten haben mitgeteilt (**Anlage 4**), dass sie auf eine Anhörung verzichten

7 Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2016 beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 b zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

8 Literaturverzeichnis

1. **Balink H, Bennink RJ, van Eck-Smit BL, Verberne HJ.** The role of 18F-FDG PET/CT in large-vessel vasculitis: appropriateness of current classification criteria? *Biomed Res Int* 2014;2014:687608.
2. **de Boysson H, Liozon E, Lambert M, Parienti JJ, Artigues N, Geffray L, et al.** 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography and the risk of subsequent aortic complications in giant-cell arteritis: A multicenter cohort of 130 patients. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(26):e3851.
3. **Krumrey-Langkammerer M, Haas JP.** Wertigkeit der Speicheldrüsen-Sonografie bei Sjögrensyndrom im Kindes- und Jugendalter. *Ultraschall in Med* 2015;36(S01):A349.
4. **Lee YH, Choi SJ, Ji JD, Song GG.** Diagnostic accuracy of 18F-FDG PET or PET/CT for large vessel vasculitis : A meta-analysis. *Z Rheumatol* 2015.

9 Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlusssentwurf zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 b inklusive der Tragenden Gründe
- Anlage 4: Stellungnahmen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer
- Anlage 5: Auswertung der Stellungnahmen gemäß dem vom Unterausschuss am 21. September 2016 beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive stenographisches Wortprotokoll zur Anhörung

Berlin, den 15. Dezember 2016

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 b rheumatologische Erkrankungen

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/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 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen um Buchstabe b) rheumatologische Erkrankungen 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. Darüber hinaus ergeben sich aus dem Beschluss die nachstehend genannten Informationspflichten.

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 rheumatologischen Erkrankungen) zur Erbringung ambulanter Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V a.F. zugelassene Krankenhäuser. Da das nun implementierte Anzeigeverfahren im Vergleich zu den Regelungen des bisherigen § 116b SGB V gänzlich neu eingeführt wird und entsprechende Bürokratiekostenschätzungen 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. Gemäß den im Beschluss geregelten Teamstrukturen besteht ein ASV-Team zur Behandlung rheumatologischer Erkrankungen bei Erwachsenen aus 21 Ärzten (davon fünf Ärzte im Kernteam) und ein Team zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus 19 Ärzten (davon drei Ärzte im Kernteam).

Es wird davon ausgegangen, dass für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens je Team ein zeitlicher Aufwand von 100,5 h (6.030 Minuten) bzw. im Falle der Behandlung von Kindern und Jugendlichen 79,5 h (4.770 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

| Standardaktivität | Minutenwert je Team von (Behandlung Erwachsenen) | Minutenwert je Team von (Behandlung Kindern und Jugendlichen) |
|--|---|--|
| Einarbeitung in die Informationspflicht | 360 | 360 |
| Beschaffung von Daten | 2.790 | 2.550 |
| Aufbereitung der Daten | 180 | 180 |
| Datenübermittlung und Veröffentlichung | 15 | 15 |
| Interne Sitzungen | 150 | 90 |
| Externe Sitzungen | 2.400 | 1.440 |
| Kopieren, Archivieren, Verteilen | 45 | 45 |
| Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen | 90 | 90 |
| Insgesamt: | 6.030 | 4.770 |

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 (§ 14 ASV-RL), 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 je Team ist aufgrund der unterschiedlichen Strukturen und der hohen Anzahl der unterschiedlichen Umsetzungsvarianten in den jeweiligen Einrichtungen 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 werden.

Hinsichtlich des Zeitaufwands für interne Sitzungen wird davon ausgegangen, dass bei jedem der 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 Schätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von 2,5 h 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 131 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 29 Euro je Team (20 x 1,45 Euro) im Falle der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. 31,90 Euro je Team (22 x 1,45 Euro) bei der Behandlung von Erwachsenen.

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 5.218 Euro bzw. für Teams zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von 4.160 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 hinzuziehenden 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 bzw. 63 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 19 bzw. 21 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 19,60 Euro bzw. 21,60 Euro.

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

| Standardaktivität | Minutenwert je Team von (Behandlung Erwachsenen) | Minutenwert je Team von (Behandlung Kindern und Jugendlichen) |
|--|---|--|
| Datenübermittlung und Veröffentlichung | 21 | 19 |
| Kopieren, Archivieren, Verteilen | 42 | 38 |
| Insgesamt: | 63 | 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 Landeskrankenhausgesellschaft 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 Euro) jährlich. Bei insgesamt 21 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 475 Euro; bei insgesamt 19 Teammitgliedern (Behandlung von Kindern und Jugendlichen) ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 429,80 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 der 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 1.040.000 erwachsenen Patienten bzw. 13.000 Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 1.084.590 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 an erwachsenen Patientinnen und Patienten 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 die fünf Kernteamärzte den Nachweis erbringen. Erforderlich ist hierfür hohes Qualifikationsniveau. Angenommen wird, dass für die Erstellung des Nachweises je Kernteamarzt ein zeitlicher Aufwand von 147 Minuten

¹ In der Literatur wird von ca. 1,6 Mio. erkrankten Erwachsenen ausgegangen (ca. 2 Prozent der Bevölkerung) und von ca. 20.000 Kindern / Jugendlichen. Es wird angenommen, dass zwischen 60 und 70 Prozent der Patienten in der ASV behandelt werden. 65 Prozent von 1,6 Mio. bzw. 20.000 entsprechen 1.040.000 erwachsenen Patienten sowie 13.000 Kindern und Jugendlichen.

erforderlich ist. Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

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

| Standardaktivität | Minutenwert Kernteamarzt | je | Minutenwert je Kernteam |
|--|-------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Beschaffung von Daten | 144 | | 720 |
| Datenübermittlung und Veröffentlichung | 1 | | 5 |
| Kopieren, Archivieren, Verteilen | 2 | | 10 |
| Insgesamt: | 147 | | 735 |

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 240 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus einschließlich Datenübermittlung und Archivierung der Minutenwert je Kernteam von 720 Minuten resultiert. Diese Schätzung stellt eine allgemeine Annäherung dar. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Einrichtungen eine aufwandsärmere Umsetzung zum Beispiel mithilfe von Software möglich ist.

Für jedes Kernteam entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 616 Euro.

7. Dokumentation

Es wird davon ausgegangen, dass die Dokumentation der Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), der Behandlungsmaßnahmen, der veranlassten Leistungen sowie des Behandlungstages zum üblichen Bestandteil der ärztlichen Dokumentation zählen und insofern damit keine zusätzlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringer einhergehen.

8. Medizinische Begründung bei Überweisung aufgrund einer Verdachtsdiagnose

Unter 4. wird geregelt, dass die Überweisung von erwachsenen Patientinnen und Patienten aufgrund einer Verdachtsdiagnose in die ASV eine medizinische Begründung durch den überweisenden Vertragsarzt voraussetzt. Die Übermittlung medizinischer Informationen an ärztliche Kollegen, beispielsweise in Form eines Arztbriefes, erfolgt auch ohne Bestehen einer entsprechenden Informationspflicht und beinhaltet insofern sogenannte „Sowieso-Kosten“, welche an dieser Stelle nicht zu quantifizieren sind.

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 | 5.218 Teams zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen: 4.160 | einmalig |
| Meldung nach Zulassung | 21,60 Teams zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen: 19,60 | einmalig |
| Neubesetzung | 134,10 | je neu zu besetzendes Mitglied |
| Vertretung | 475 Teams zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen: 429,80 | jährlich |
| Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren | 616 | jährlich |
| Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung | 1,03 | 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 Gesamtzahl von bundesweit 921 vertragsärztlich und stationär tätigen Ärzten für Innere Medizin und Rheumatologie und unter der vereinfachten Annahme, dass jeder dieser Ärzte ein ASV-Team leitet von einer geschätzten maximalen Anzahl von 921 Teams ausgegangen werden. Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von rund 43 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 Schätzung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Tabelle 8) ein Durchschnittswert aus der genannten Ober- und Untergrenze herangezogen und von voraussichtlich 482 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Annahme: 482 Teams)

| Informationspflicht | Bürokratiekosten in Euro |
|---|---------------------------------|
| Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase) | 2.515.076 |
| Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation) | 125.754 |
| Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase) | 10.411 |
| Meldung nach Zulassung (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation) | 520 |
| Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 482 Teams x 21 Ärzte = 10.122, davon 5% = 506 Ärzte) | 67.855 |
| Vertretung (jährlich) | 228.950 |
| Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 1.053.000 Patienten) | 1.084.590 |
| Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich) | 296.912 |
| Summe einmalige Bürokratiekosten | 2.525.487 |
| Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten | 1.804.581 |

Insgesamt resultieren aus den genannten Informationspflichten unter der Annahme von 482 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.804.581 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2.525.487 Euro.



Verteiler für das Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V

An

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

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

1 **des Gemeinsamen Bundesausschusses**
 2 **über eine Änderung der Richtlinie ambulante**
 3 **spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:**
 4 **Anlage 1.1 – Buchstabe b rheumatologische**
 5 **Erkrankungen**

6 **Legende:**

7 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

8 **Grau hinterlegte Textteile:** durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

9 **Stand: 22.09.2016**

10
 11 Vom T. Monat JJJJ

12 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ
 13 beschlossen, die Anlage 1.1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
 14 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches
 15 Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b
 16 SGB V / ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt
 17 geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

18 I. Der Anlage 1.1 wird folgender Buchstabe b angefügt:

19 **„b) rheumatologische Erkrankungen**

20 **Teil 1: Erwachsene**

21 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

KBV und PatV

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

DKG und GKV-SV

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit rheumatologischen Erkrankungen.

22

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

- 25 D68.6 Sonstige Thrombophilien
 26 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
 27 D69.0 Purpura anaphylactoides

28

| | |
|---|---------------------------------------|
| PatV D86.0 Sarkoidose der Lunge D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten D86.3 Sarkoidose der Haut | GKV-SV, KBV und DKG: streichen |
|---|---------------------------------------|

- 29 D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M14.8*
 30 D89.1 Kryoglobulinämie

31

| | |
|--|--------------------------|
| DKG, KBV und PatV E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose | GKV-SV: streichen |
|--|--------------------------|

- 32 H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
 33 I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
 34 I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
 35 M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
 36 M02.1- Postenteritische Arthritis
 37 M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
 38 M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
 39 M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
 40 M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
 41 M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
 42 M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
 43 M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
 44 M08.- Juvenile Arthritis
 45 M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
 46 M13.- Sonstige Arthritis
 47 M14.8* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten
 48 Krankheiten i.V.m. D86.8
 49 M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
 50 M31.3 Wegener-Granulomatose
 51 M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
 52 M31.5 Riesenzellerarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
 53 M31.6 Sonstige Riesenzellerarteriitis
 54 M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
 55 M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
 56 M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
 57 M32.- Systemischer Lupus erythematoses
 58 M33.0 Juvenile Dermatomyositis
 59 M33.1 Sonstige Dermatomyositis
 60 M33.2 Polymyositis
 61 M34.- Systemische Sklerose
 62 M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
 63 M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
 64 M35.2 Behçet-Krankheit
 65 M35.4 Eosinophile Fasziitis
 66 M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
 67 M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
 68 M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†)
 69 M45.0- Spondylitis ankylosans

- 70 M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
71 M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

72 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

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

74 **Diagnostik**

- 75 – Allgemeine (z.B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle
76 Herzfunktionsdiagnostik (z.B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie,
77 Herzkatheteruntersuchung)
78 – Anamnese
79 – Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z.B. Augendruckbestimmung,
80 Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung,
81 Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
82 – Bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie,
83 – Angiographie, Osteodensitometrie)
84 – Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
85 – Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
86 – HNO-ärztliche Untersuchungen (z.B. Audiometrie, Endoskopie der Nasennebenhöhlen)
87

DKG, KBV und PatV

- Humangenetische Untersuchungen

GKV-SV: streichen

- 88 – Intracutantest (Tuberkulintest)
89 – Kapillarmikroskopie
90 – Körperliche Untersuchung
91 – Laboruntersuchungen (z.B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse)
92 einschließlich immunologischer Diagnostik (z.B. Autoantikörperbestimmung, humorale
93 und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
94 – Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
95 Patienten entnommenen Materials (z.B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
96 – Neurophysiologische Untersuchungen (z.B.: EEG, EMG, ENG)
97 – Nierenfunktionsdiagnostik
98 – Pulmonale Funktionsdiagnostik
99 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen
100 Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

DKG, KBV und PatV

- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind

GKV-SV: streichen

DKG

- Fluoreszenzoptische Aktivitätsdiagnostik

GKV-SV, KBV und PatV: streichen

KBV und GKV-SV

- PET; PET/CT (¹⁸F-Fluoresoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z.B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel, einer therapeutischen Konsequenz

DKG und PatV

- PET; PET/CT bei Vaskulitiden, bei Verdacht auf Vaskulitiden und Paraneoplasien

104

| | |
|---|---------------------------------------|
| DKG – Powerdoppler bei Arthrosonografie | GKV-S, KBV und PatV: streichen |
|---|---------------------------------------|

105

| | |
|---------------------------|--|
| DKG – Riechtest | GKV-SV, KBV und PatV: streichen |
|---------------------------|--|

106 **Behandlung**

- 107 – Ausstellen z.B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 108 – Behandlung in Notfallsituationen
- 109 – Behandlung von Therapieebenenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 110 – Behandlungsfolgen
- 111 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 112 – Einleitung der Rehabilitation
- 113 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 114 – Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- 115 – Physikalische Therapie
- 116 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 117 – Radiosynoviorthesen
- 118 – Schmerztherapie
- 119

| | |
|---|---------------------------------------|
| PatV – Schwangerschaftsmitbetreuung | GKV-SV, DKG und KBV: streichen |
|---|---------------------------------------|

- 120 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 121 – Transfusion von Blutkomponenten
- 122 – UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie
- 123

124 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen
 125 Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:
 126

| | | |
|--|--|---|
| DKG und PatV – Patientenschulung mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm | KBV prüft ggf. streichen Ärztliche Patientenschulung mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm | GKV-SV streichen, stattdessen unter 3.2. verortet |
|--|--|---|

127

128 **Beratung**

- 129 – zu Diagnostik und Behandlung
- 130 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 131 – zu humangenetischen Fragestellungen
- 132 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 133 – zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- 134 – zu Rehabilitationsangeboten
- 135 – zu Sexualität und Familienplanung
- 136

| | |
|---|---|
| GKV-SV, DKG und KBV – zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z.B. mittels eines | PatV – zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information soll mittels eines |
|---|---|

| | | |
|-----|---|--|
| | Notfallausweises ergänzt werden. | Notfallausweises ergänzt werden. |
| 137 | – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten | |
| 138 | DKG, KBV und PatV – zur Ernährung | GKV-SV streichen |
| 139 | | |
| 140 | 3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität | |
| 141 | 3.1 Personelle Anforderungen | |
| 142 | Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt | |
| 143 | durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie. | |
| 144 | a) Teamleitung | |
| 145 | – Innere Medizin und Rheumatologie | |
| 146 | b) Kernteam | |
| 147 | | |
| | GKV-SV und PatV – Zusätzlich zur Teamleitung eine weitere Fachärztin bzw. ein weiterer Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, | DKG und KBV streichen |
| 148 | | |
| | DKG, KBV und PatV – Haut- und Geschlechtskrankheiten, | GKV-SV <i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte</i> |
| 149 | | |
| | DKG – Innere Medizin und Kardiologie, | GKV-SV, KBV und PatV <i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte</i> |
| 150 | | |
| | DKG, KBV und PatV – Innere Medizin und Nephrologie, | GKV-SV <i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte</i> |
| 151 | | |
| | DKG, KBV und PatV – Innere Medizin und Pneumologie, | GKV-SV <i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte</i> |
| 152 | | |
| | DKG, KBV und PatV – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie. | GKV-SV <i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte</i> |
| 153 | | |

154 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 155 – Augenheilkunde,
 156 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 157 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 158

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Haut- und Geschlechtskrankheiten, | <p>DKG, KBV und PatV</p> <p><i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter b) Kernteam</i></p> |
|--|---|

159

| | |
|---|---------------------------------|
| <p>DKG, KBV und PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Humangenetik, | <p>GKV-SV: streichen</p> |
|---|---------------------------------|

- 160 – Innere Medizin und Angiologie,
 161 – Innere Medizin und Gastroenterologie,
 162 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
 163

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV, KBV und PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Innere Medizin und Kardiologie, | <p>DKG</p> <p><i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter b) Kernteam</i></p> |
|--|---|

164

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Innere Medizin und Nephrologie, | <p>DKG, KBV und PatV</p> <p><i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter b) Kernteam</i></p> |
|--|---|

165

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Innere Medizin und Pneumologie, | <p>DKG, KBV und PatV</p> <p><i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter b) Kernteam</i></p> |
|--|---|

- 166 – Laboratoriumsmedizin,
 167 – Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie,
 168 – Neurologie,
 169 – Nuklearmedizin,
 170

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie, | <p>DKG, KBV und PatV</p> <p><i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter b) Kernteam</i></p> |
|--|---|

- 171 – Pathologie,
 172 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 173 oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
 174 ärztlicher Psychotherapeut,
 175 – Radiologie,
 176 – Urologie.
 177

| | | |
|--|-------------------------|---------------------------------------|
| <p>GKV-SV:</p> <p>Abweichend von § 2 Absatz 4 Satz 2 der ASV-RL, ist für folgende Arztgruppen der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte auch eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Augenheilkunde | <p>KBV prüft</p> | <p>DKG und PatV: streichen</p> |
|--|-------------------------|---------------------------------------|

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Haut- und Geschlechtskrankheiten – Innere Medizin und Angiologie – Innere Medizin und Gastroenterologie – Innere Medizin und Kardiologie – Innere Medizin und Nephrologie – Innere Medizin und Pneumologie – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie <p>Abweichend von § 2 Abs. 2 Satz 5 ASV-RL sind die o.g. hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte namentlich zu benennen. Die Anforderung nach § 14 Satz 5 ASV-RL gilt bei entsprechender Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und -ärzte entsprechend.</p> | | |
|---|--|--|

178

179 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- 183 – Physiotherapie
- 184 – Ergotherapie
- 185 – Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
- 186 – sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 187 mit sozialen Beratungsangeboten

188 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

189

| | |
|---|--|
| <p>GKV-SV, KBV und PatV</p> <p>b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich zu nennen.</p> <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.</p> | <p>DKG</p> <p>b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Innere Medizin und Kardiologie – Innere Medizin und Nephrologie – Innere Medizin und Pneumologie – Innere Medizin und Rheumatologie <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.</p> |
|---|--|

190

191 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

192

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.</p> | <p>DKG, KBV und PatV: unter 2 verortet</p> |
|--|---|

193

194 **3.3 Dokumentation**

195

| | |
|---|--|
| <p>GKV-SV und [PatV prüft]</p> <p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, inklusive der relevanten Scores zur Krankheitsaktivität und der jeweiligen Organbeteiligung), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.</p> | <p>DKG und KBV</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> |
|---|--|

196

197 **3.4 Mindestmengen**

198

| | |
|---|--|
| <p>GKV-SV, KBV und PatV</p> <p>Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.</p> | <p>DKG</p> <p>Eine Mindestmenge wird mangels wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p> |
| <p>GKV-SV, KBV und PatV</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.</p> <p>Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.</p> <p>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.</p> | <p>DKG: Zustimmung sofern MM beschlossen</p> |

199 **4 Überweisungserfordernis**

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

202

| | | |
|---|--|---|
| <p>KBV und PatV</p> <p>Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.</p> | <p>DKG</p> <p>Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.</p> |
|---|--|---|

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

207

| | | |
|--|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>Die Erstüberweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen, da der rheumatische Formenkreis eine sehr heterogene - Gruppe von oft chronisch verlaufenden Erkrankungen umfasst muss zuvor eine Mindestdiagnostik gestellt werden.</p> <p>Diese Diagnostik setzt sich zusammen aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese (u. a. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife), 2. Körperlicher Untersuchung (z.B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung), 3. Laboruntersuchungen (z.B. Entzündungsparameter, spezifische Antikörper wie Antinukleäre-Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und 4. Bildgebung (ggfs. Röntgendiagnostik). <p>Weiterhin hat die Überweisung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt einer der folgenden Fachgruppen zu erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Rheumatologie - Innere Medizin und Nephrologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten | <p>KBV</p> <p>Die Überweisung von Patientinnen bzw. Patienten mit den Verdachtsdiagnosen Rheumatoide Arthritis und Spondylitis ankylosans in die ASV setzt eine medizinische Begründung durch den überweisenden Vertragsarzt voraus, die mindestens zu folgenden Fragestellungen Informationen geben muss und bevorzugt in Form eines Screeningbogens erfolgen sollte:</p> <p><u>Rheumatoide Arthritis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie viele und welche Gelenke sind geschwollen? - Besteht eine Morgensteifigkeit der Gelenke > 30 Minuten? - Seit wie vielen Wochen dauern die Beschwerden an? - Besteht eine positive Familienanamnese? - Labor: BSG und/oder CRP fakultativ anti-CCP, IgM Rheumafaktor <p><u>Spondylitis ankylosans:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besteht nächtlicher Rückenschmerz? - Besteht eine Morgensteifigkeit des Achsenskeletts > 30 Minuten? | <p>DKG und PatV</p> <p>Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Innere Medizin und Pneumologie – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie. | <ul style="list-style-type: none"> – Seit wie vielen Wochen dauern die Beschwerden an? – Besteht eine positive Familienanamnese? – Besteht eine Sehnenansatzentzündung? – Labor: BSG und/oder CRP fakultativ HLA-B27 | |
|---|--|--|

208

209

210

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

211

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

212

213

214

Merkposten: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung zum Beschlussentwurf gesondert in ein Stellungnahmeverfahren zu geben.

215 **Teil 2: Kinder und Jugendliche**216 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

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

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

222 D68.6 Sonstige Thrombophilien

223 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

224 D69.0 Purpura anaphylactoides

225

| | |
|---|--|
| PatV D70.0 Angeborene Agranulozytose und Neutropenie D70.5 Zyklische Neutropenie D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose D80.- Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel D81.- Kombinierte Immundefekte D82.1 Di-George-Syndrom D83.- Variabler Immundefekt [common variable immunodeficiency] D84.- Sonstige Immundefekte | GKV-SV, KBV und DKG: streichen |
|---|--|

226

| | |
|--|-------------------------|
| DKG, KBV und PatV D86.0 Sarkoidose der Lunge D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten D86.3 Sarkoidose der Haut | GKV-SV streichen |
|--|-------------------------|

227

228 D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M14.8*

229

| | |
|--|--|
| PatV D89.- Sonstige Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert D90 Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen Immunsuppressiven Maßnahmen | GKV-SV, KBV und DKG: streichen |
|--|--|

230

| | |
|--|--------------------------|
| DKG, KBV und PatV E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose | GKV-SV: streichen |
|--|--------------------------|

231 H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet

232 I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung

233 I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

234

| | |
|---|---|
| DKG und PatV L50.8 Sonstige Urtikaria | GKV-SV und KBV: streichen |
|---|---|

235 M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)

236 M02.1- Postenteritische Arthritis

237 M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

238 M05.- Seropositive chronische Polyarthritis

- 239 M06.0- Seronegative chronische Polyarthritid
 240 M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
 241 M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
 242 M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
 243 M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
 244 M08.- Juvenile Arthritis
 245 M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

246

| | |
|---|---|
| PatV M13.- Sonstige Arthritis | GKV-SV, KBV und DKG: streichen |
|---|---|

247

- 248 M14.8* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten
 249 Krankheiten i.V.m. D86.8
 250 M30.0 Panarteriitis nodosa
 251 M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
 252 M30.2 Juvenile Panarteriitis
 253 M30.3 Mukokutanenes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]

254

| | |
|---|---|
| PatV M30.8 Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände | GKV-SV, KBV und DKG: streichen |
|---|---|

- 255 M31.3 Wegener-Granulomatose
 256 M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
 257 M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
 258 M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
 259 M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
 260 M32.- Systemischer Lupus erythematoses
 261 M33.0 Juvenile Dermatomyositis
 262 M33.1 Sonstige Dermatomyositis
 263 M33.2 Polymyositis
 264 M34.- Systemische Sklerose
 265 M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
 266 M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
 267 M35.2 Behçet-Krankheit
 268 M35.4 Eosinophile Fasziitis
 269 M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
 270 M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
 271 M45.0- Spondylitis ankylosans

272

| | |
|---|---|
| PatV M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet | GKV-SV, KBV und DKG: streichen |
|---|---|

273

- 274 M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

275 2 Behandlungsumfang

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

278 Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:

279

| | |
|-----------------------|----------------------|
| GKV-SV und KBV | DKG und PatV: |
|-----------------------|----------------------|

| | |
|---|------------------|
| – Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration. | streichen |
|---|------------------|

280

| | |
|--|-------------------------------------|
| <p>GKV-SV</p> <p>– bei Jugendlichen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in ein erwachsenorientiertes Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung erfolgt.</p> | DKG, KBV und PatV: streichen |
|--|-------------------------------------|

281

282 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
283 (EBM) sind:

284

| | |
|---|----------------------------------|
| <p>DKG und PatV</p> <p>– Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration.</p> | GKV-SV und KBV: streichen |
|---|----------------------------------|

285

| | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>KBV und PatV</p> <p>– bei Jugendlichen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in ein erwachsenorientiertes Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung unter Koordination eines Kinderrheumatologen.</p> | <p>DKG</p> <p>– bei Jugendlichen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in ein erwachsenorientiertes Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung erfolgt.</p> | GKV-SV: streichen |
|---|---|--------------------------|

286

287 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

288 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

291 **a) Teamleitung**

292 – Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie

293 **b) Kernteam**

294 – Augenheilkunde,

295

| | |
|--|---|
| <p>DKG, KBV und PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie | <p>GKV-SV</p> <p><i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte</i></p> |
|--|---|

296
297

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- 298 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- 299 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- 300 – Haut- und Geschlechtskrankheiten,

301

| | |
|---|--------------------------------|
| <p>DKG, KBV und PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Humangenetik, | <p>GKV-SV streichen</p> |
|---|--------------------------------|

- 302 – Innere Medizin und Angiologie,
- 303 – Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie,
- 304 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie,
- 305 – Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie,
- 306 – Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie,
- 307 – Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie,
- 308 – Laboratoriumsmedizin,
- 309 – Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie,
- 310 – Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie,

316

| | |
|---|--|
| <p>DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nuklearmedizin, | <p>GKV-SV, KBV und PatV streichen</p> |
|---|--|

317

| | |
|---|--|
| <p>GKV-SV:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie, | <p>KBV, DKG und PatV:</p> <p><i>Hier streichen, stattdessen Verortung unter b) Kernteam</i></p> |
|---|--|

- 318 – Pathologie,
- 319 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
- 323 – Radiologie.

325

| | | |
|--|-------------------------|---------------------------------------|
| <p>GKV-SV</p> <p>Abweichend von § 2 Absatz 4 Satz 2 der ASV-RL, ist für folgende Arztgruppen der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte auch eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <p>KBV prüft</p> | <p>DKG und PatV: streichen</p> |
|--|-------------------------|---------------------------------------|

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Haut- und Geschlechtskrankheiten – Innere Medizin und Angiologie – Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie – Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie – Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie – Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie <p>Abweichend von § 2 Abs. 2 Satz 5 ASV-RL sind die o.g. Hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte namentlich zu benennen. Die Anforderung nach § 14 Satz 5 ASV-RL gilt bei entsprechender Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und -ärzte entsprechend.</p> | | |
|---|--|--|

326

327 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

328 Es gelten die im Teil 1 Erwachsene geregelten Anforderungen.

329 Abweichend von Teil 1 Erwachsene ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur
 330 ist Sorge zu tragen, dass

331

| | |
|--|--|
| <p>GKV-SV und KBV</p> <p>eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.</p> <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.</p> | <p>DKG und PatV</p> <p>eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie – Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.</p> |
|--|--|

332

333 **3.3 Dokumentation**

334

| | |
|---|--|
| <p>GKV-SV und PatV</p> <p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur</p> | <p>DKG und KBV</p> <p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| Diagnosesicherheit, inklusive der relevanten Scores zur Krankheitsaktivität und der jeweiligen Organbeteiligung), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren. | Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren. |
|---|---|

335

336 **3.4 Mindestmengen**

337 Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

338 **4 Überweisungserfordernis**339 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
340 behandelnden Vertragsarzt.

341

| | |
|--|---|
| GKV-SV, KBV und PatV Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich | DKG Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich |
|--|---|

342 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
343 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
344 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein
345 Überweisungserfordernis.346 Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss
347 jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt
348 sein.

349

350 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**351 Merkposten: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung zum
352 Beschlussentwurf gesondert in ein Stellungsverfahren zu geben.353 II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in
354 Kraft.355 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des
356 Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

357 Berlin, den T. Monat JJJJ

358

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

359

360

361

362

Prof. Hecken



Tragende Gründe

1 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen**
 2 **Bundesausschusses**
 3 **über eine Änderung der Richtlinie ambulante**
 4 **spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:**
 5 **Anlage 1.1 – Buchstabe b rheumatologische**
 6 **Erkrankungen**

7 **Legende:**

8 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

9 **Grau hinterlegte Textteile:** durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

10

11 **Stand: 23.09.2016**

12 **Vom Beschlussdatum**

13

Inhalt

| | | |
|----|---|-----------|
| 14 | 1. Rechtsgrundlage | 3 |
| 15 | 2. Eckpunkte der Entscheidung | 3 |
| 16 | 2.1 Aufbau | 3 |
| 17 | 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen: | 4 |
| 18 | 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung | 4 |
| 19 | 2.2.2 Behandlungsumfang | 7 |
| 20 | 2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität | 13 |
| 21 | 2.2.3.1 Personelle Anforderungen | 13 |
| 22 | 2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen | 16 |
| 23 | 2.2.3.3 Dokumentation | 18 |
| 24 | 2.2.3.4 Mindestmengen | 19 |
| 25 | 2.2.4 Überweisungserfordernis | 20 |
| 26 | 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs | |
| 27 | anhand des EBM) | 23 |
| 28 | 3.2.1 Konkretisierung der Erkrankung | 23 |
| 29 | 3.2.2 Behandlungsumfang | 27 |
| 30 | 3.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität | 29 |

| | | | |
|----|----------------|---|-----------|
| 31 | 3.2.3.1 | Personelle Anforderungen | 29 |
| 32 | 3.2.3.2 | Sächliche und organisatorische Anforderungen | 32 |
| 33 | 3.2.3.3 | Dokumentation..... | 33 |
| 34 | 3.2.3.4 | Mindestmengen | 33 |
| 35 | 4 | Bürokratiekostenermittlung..... | 34 |
| 36 | 5 | Verfahrensablauf | 34 |
| 37 | 6 | Stellungnahmeverfahren | 36 |
| 38 | 7 | Fazit..... | 36 |
| 39 | 8 | Literaturverzeichnis | 36 |
| 40 | 9 | Zusammenfassende Dokumentation | 37 |
| 41 | | | |

42 1. Rechtsgrundlage

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

45 2. Eckpunkte der Entscheidung

46 Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL gibt den formalen Rahmen für den
47 neuen Versorgungsbereich vor und regelt die Anforderungen an die Diagnostik und
48 Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV, die grundsätzlich für alle
49 in den Anlagen zu konkretisierenden Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (für
50 die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen seit Inkrafttreten des GKV-VSG
51 ohne Einschränkung auf schwere Verlaufsformen), seltenen Erkrankungen und
52 Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten
53 Leistungen gleichermaßen gelten.

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

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

61 Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den
62 jeweiligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden
63 Erläuterungen auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL.

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

69 2.1 Aufbau

70 Wie in der ABK-RL werden auch in der ASV-RL bei den rheumatologischen Erkrankungen
71 hinsichtlich der Behandlung Erwachsener (Teil 1) bzw. Kinder und Jugendlicher (Teil 2)
72 differenziert.

73 Die Anlage 1.1 – Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen ist in den Teilen 1 und 2
74 jeweils wie folgt gegliedert:

- 75 1 *Konkretisierung der Erkrankung*
- 76 2 *Behandlungsumfang*
 - 77 • *Diagnostik*
 - 78 • *Behandlung*
 - 79 • *Beratung*
- 80 3 *Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität*
 - 81 3.1 *Personelle Anforderungen*
 - 82 a) *Teamleitung*
 - 83 b) *Kernteam*
 - 84 c) *Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte*
 - 85 3.2 *Sächliche und organisatorische Anforderungen*

- 86 3.3 Dokumentation
 87 3.4 Mindestmengen
 88 4 Überweisungserfordernis
 89 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)
 90 *Anmerkung: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung zum*
 91 *Beschlussentwurf gesondert in ein Stellungsverfahren zu geben.*

92 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:

93 I. Teil 1: Erwachsene

94 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

95 Teil 1 der Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen bezieht sich nur auf die
 96 Behandlung von Erwachsenen. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und
 97 Jugendlichen werden in Teil 2 der Anlage festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere
 98 Bedingungen und Besonderheiten zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung
 99 getragen werden soll.

100

| KBV und PatV | GKV-SV |
|---|---|
| <p>In der ABK-Richtlinie wurden Kriterien für den schweren Verlauf vorgegeben. In die ASV werden Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen aufgenommen. Um diese Besonderheiten der rheumatologischen Erkrankungen hervorzuheben, wurden Präzisierungen vorgenommen.</p> <p>Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die spezielle, vielfältige Expertise (z.B. im Umgang mit hochwirksamen Immunsuppressiva oder Biologica sowie möglichen toxischen Nebenwirkungen oder bei drohenden Organschädigungen oder systemischen Verläufen) hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören</p> | <p>Bei der Ausgestaltung des Beschlusstextes zur Konkretisierung wurde sich an den Ausführungen der ABK-RL orientiert. Die Aufnahme von Verdachtsdiagnosen in die ASV-RL Anlage 1.1 – Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen wird an späterer Stelle in den Tragenden Gründen unter 2.2.4 „Überweisungserfordernis“ erläutert.</p> <p>Die von anderer Stelle geforderte Konkretisierung der Erkrankung über Arzneimittelangaben und –therapien wird aufgrund der ggf. bestehenden Gefahr von (Verordnungs-)Fehlansätzen problematisch gesehen.</p> <p>DKG</p> <p>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 rheumatologischer Patienten nicht auf ausschließlich schwere Verlaufsformen beschränkt werden kann. Die durch den G-BA vorgenommene Einschränkung der Anspruchsberechtigten wird vom Gesetzgeber nicht mehr gestützt.</p> <p>In § 116b Abs. 1 SGB V ist festgelegt, welche Diagnosen den Erkrankungen mit besonderem</p> |

| | |
|--|--|
| | Krankheitsverlauf zuzuordnen sind. Es besteht kein gesetzlicher Auftrag, die bereits im Gesetz verankerten Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf in anderer Art und Weise einzuschränken. Die Aufnahme der Kriterien wird daher abgelehnt. |
|--|--|

101
102
103
104
105
106

Entsprechend der Begründung zur Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bleibt das generelle Merkmal, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, für rheumatologische Erkrankungen bestehen.

| | |
|---|---|
| <p>KBV</p> <p>Erweitert wurde die Teilnahmemöglichkeit an der ASV für Patienten mit Verdachtsdiagnosen, da der Verlauf einer rheumatologischen Erkrankung auch vom Therapiebeginn und somit Zeitpunkt der Diagnosestellung abhängt. Diese gestaltet sich außerhalb spezialisierter, interdisziplinärer Teams häufig schwierig, so dass es zu einem deutlich verspäteten Therapiebeginn kommen kann. Die möglichst frühzeitige Einleitung einer antirheumatischen, krankheitsmodifizierenden Therapie ist jedoch wichtig, um eine Verlangsamung der Progression und ggf. eine Remission zu erreichen.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Absatz verortet unter:</p> <p>2.2.4 Überweisungserfordernis</p> |
|---|---|

107
108
109
110

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

| | |
|--|--|
| <p>PatV</p> <p>D86.0 - D86.3 Sarkoidose: Die Sarkoidose kann alle Organe befallen, häufig sind auch die Gelenke betroffen. Gesamtprävalenz der Sarkoidose: 40-50/100.000 Einwohner Gesamtinzidenz der Sarkoidose: 8-10/100.000 Einwohner. Die akute Verlaufsform der Sarkoidose, auch Löfgren-Syndrom genannt, betrifft mit plötzlichem Ausbruch rund ein Drittel der Sarkoidose-Patienten. Die akute Verlaufsform ist charakterisiert durch Vergrößerung der Lymphknoten an der Lungenwurzel, ein- oder beidseitig (bihiläre Adenopathie) mit oder ohne Entzündungsherde mit Bildung von raumfordernden Bindegewebsknötchen (Granulomen) in den Lungenflügeln, rötlich-bläuliche Verfärbungen/Flecken der Haut an Beinen oder Armen (Erythema nodosum), massive Entzündung an Gelenken, meist an Sprung- und Kniegelenken oder an weiteren Gelenken (Arthritis). Die Sarkoidose grenzt sich erst im Verlauf der Differentialdiagnostik ab, etwa vom rheumatischen Fieber mit und ohne Arthritis.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Die Sarkoidose ist eine Multisystem Erkrankung unklarer Genese, die meist die Lunge betrifft. Sie kann aber auch jedes andere Organ betreffen.</p> <p>Die Erkrankung verläuft dabei häufig selbstlimitierend, hat eine gute Prognose und ihre Behandlung erfolgt durch die Fachgruppe der Internisten. Die genannten Gründe machen eine Abbildung innerhalb der ASV unnötig.</p> <p>Die auch als Löfgren-Syndrom bezeichnete Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V. mit M14.8* (D86.8) mit seiner typischen Krankheitstrias Arthritis, Erythema nodosum und bihilärer Adenopathie wurde aufgrund der Versorgungsrealität bereits in der ABK-RL in der Anlage zu rheumatologischen Erkrankungen verortet und bildet somit gegenüber den</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>In dieser diagnostischen Herausforderung ist die Expertise der rheumatologischen Fachärzte erforderlich.</p> <p>Insofern sollte die Zugangsmöglichkeit zur ASV rheumatischer Erkrankungen bestehen bleiben.</p> <p>Die akute Verlaufsform der Sarkoidose läuft aufgrund der Symptomlage bei der Rheumatologie auf und benötigt die spezielle fachärztliche Versorgung als seltene Erkrankung, wie auch die Muskel-, Knochen- und Gelenksarkoidose, kodiert ICD-10 D86.8 (Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V. mit M14.8* = Arthropathies in other specified diseases classified elsewhere).</p> | <p>weiteren Ausprägungen der Sarkoidose eine Ausnahme.</p> |
|--|--|

111

| | |
|--|---|
| <p>PatV</p> <p>E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose: Hierzu gehört auch das familiäre Mittelmeerfieber, eine klare rheumatologische Systemerkrankung.</p> <p>KBV</p> <p>Ergänzend zu den in der ABK-Richtlinie aufgeführten Diagnosen wird E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose aufgenommen, eine seltene rheumatologische Diagnose, die eine spezielle Qualifikation des Arztes und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Immundefekterkrankungen und immunologische Erkrankungen wie z.B. Autoinflammatorische Syndrome sind selten und sollten wegen ihrer geringen Zahl und anspruchsvollen Behandlung in der Hochschulmedizin verortet bzw. an Zentren weiterverwiesen werden. Sinnvollerweise erfolgt die Behandlung und Betreuung von Patienten mit seltenen Erkrankungen an Zentren, in denen nicht nur die notwendige Erfahrung und interdisziplinäre Struktur vorhanden ist, sondern auch die wissenschaftliche Erforschung dieser Erkrankung erfolgt und von denen aus klinische Studien initiiert werden können.</p> |
|--|---|

112

113

114 M86.3-Chronische multifokale Osteomyelitis

115

116 Es handelt sich um ein seltenes Krankheitsbild; die Problematik liegt u. a. in der frühzeitigen
 117 Diagnosestellung und Abgrenzung zu anderen Krankheiten. Häufig ist eine
 118 immunsuppressive Therapie erforderlich. In der Regel erfolgen Diagnosestellung und
 119 Therapie durch Rheumatologen.

120 Das "Vollbild" wird als chronisch rezidivierende multifokale Osteomyelitis (CRMO)
 121 bezeichnet. Neben "chronisch sklerosierender Osteomyelitis", "Kondensierender
 122 Osteomyelitis", "Sklerosis und Hyperostosis", "Pustulöser Arthroostitis", und deskriptiven
 123 histopathologischen Bezeichnungen, wie "lympho-plasmazellulärer Osteomyelitis", wird die
 124 Erkrankung bei Jugendlichen und Erwachsenen auch als SAPHO-Syndrom bezeichnet.
 125 Dieses Akronym steht für Synovitis, Akne, Pustulosis, Hyperostosis und Osteitis. Die CRMO
 126 wird von manchen Autoren als kindliches SAPHO-Syndrom angesehen (LL CRMO).

127

128 2.2.2 Behandlungsumfang

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

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

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

137 Diagnostik

138 Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich
139 angepasst.

140 Folgende Leistungen, die Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind,
141 wurden im Vergleich zur ABK-RL neu aufgenommen:

| DKG | GKV-SV |
|---|--|
| <p>Laut Empfehlungen nationaler (AWMF) Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind insbesondere im Rahmen der Diagnostik und Differentialdiagnostik der Krankheitsbilder der Sarkoidose (ICD-10 Kode D86.8) und des hereditären Mittelmeerfiebers (ICD-10 Kode E85.0) humangenetische Untersuchungen notwendig.</p> | <p>Humangenetische Untersuchungen, das heißt die molekulargenetische und zytogenetische Analytik, stellen ein breites Forschungsfeld dar. Betreffend der rheumatologischen Erkrankungen hat sie jedoch noch keine Routinediagnostik erreicht.</p> <p>Auch in der S3 Leitlinie zum Management der frühen rheumatoiden Arthritis finden sich keine Hinweise auf das Erfordernis humangenetischer Untersuchungen.</p> <p>Für rheumatologischen Erkrankungen mit geringen Fallzahlen (Vaskulitiden, Kollagenosen) liegen zwar erste Ansätze zur Identifizierung genetischer Risikofaktoren vor, aber keine verlässlichen Ergebnisse.</p> <p>Aus genannten Gründen erscheint die Aufnahme humangenetischer Untersuchungen in die Diagnostik der ASV nach jetzigem wissenschaftlichen Stand nicht zielführend.</p> |

142 Laut den Empfehlungen des Paul-Ehrlich-Instituts und des Deutschen Zentralkomitees für
143 Tuberkulose sowie den Vorgaben der aktuellen Leitlinien (AWMF) zur Diagnostik und
144 Behandlung von Patienten mit Rheumatoider Arthritis und anderen Autoimmunkrankheiten
145 sollte vor dem Einsatz von TNF- α -Inhibitoren bei allen Patienten sowohl eine aktive
146 Tuberkulose ausgeschlossen werden als auch ein Screening auf das Vorliegen einer
147 latenten tuberkulösen Infektion (LTBI) erfolgen. Der Tuberkulin-Test stellt eine der
148 diagnostischen Möglichkeit in diesem Sinne dar und wird als solcher in den Katalog der
149 diagnostischen Maßnahmen aufgenommen.
150

151

KBV

Viele rheumatologische Erkrankungen weisen eine Nierenbeteiligung auf.

Zudem führen einige der typischen Rheumamedikamente (z. B. NSAR, Basismedikamente), v.a. bei zu hoher Dosierung oder falschem Einsatz, zu einer weiteren Beeinträchtigung der Nierenfunktion. Die Nierenfunktionsdiagnostik gehört zum Behandlungsumfang der ASV, um rechtzeitig mögliche Komplikationen, Verschlechterungen und/oder Nebenwirkungen von Medikamenten zu erkennen.

GKV-SV

Die Nierenfunktionsdiagnostik gehört zum Behandlungsumfang der ASV, um rechtzeitig mögliche Komplikationen, Verschlechterungen und/oder Nebenwirkungen von Medikamenten zu erkennen. Insbesondere bei den entzündlichen rheumatischen Erkrankungen kann es zu einer Nierenbeteiligung kommen.

152

153 Darüber hinaus gehören diagnostische Leistungen, die für Erkrankungen der vorliegenden
154 Konkretisierung nicht im EBM abgebildet sind, zum Leistungsumfang:

155

KBV

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen gehen häufig mit einer Augenbeteiligung einher, die das erste klinische Zeichen der Erkrankung sein kann. Die zum Behandlungsumfang zählenden augenärztlichen Basisleistungen (Spaltlampenmikroskopie, Augenhintergrunduntersuchung sowie Augendruck-, Gesichtsfeld- und Tränenflüssigkeitsbestimmung (Schirmertest)) sind bei der Primärdiagnostik und zur Verlaufskontrolle (unter Therapie) von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen essentiell. Die aufgeführten Leistungen sind im EBM Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale. Die Augenärzte sind als hinzuzuziehende Fachgruppe auf Indikations- und Definitionsauftrag tätig; die Grundpauschalen werden daher nicht im Abschnitt 1 des Appendix abgebildet.

GKV-SV streichen

Abhängig von der Teamstruktur wäre die Leistung von der Grundpauschale abgedeckt.

156

DKG

Bei der fluoreszenzoptischen Darstellung der Mikrozirkulation im Bereich der Gelenke geht es in erster Linie nach den Empfehlungen der rheumatologischen Verbände um eine differentialdiagnostische Intervention, welche die Diagnosestellung einer rheumatoiden Erkrankung im frühen Stadium ermöglicht. Dabei handelt es sich insbesondere um den Befall der Hand- und Fingergelenke. Unterschieden werden dabei zwischen der Arthrose, der Rheumatoiden Arthritis und der Psoriasis-Arthritis. Die schnelle Zuordnung der

GKV-SV

Das Verfahren der Fluoreszenzoptischen Aktivitätsdiagnostik befindet sich in der Forschungs- und Entwicklungsphase. Die Bedeutung für die Diagnostik bei rheumatologischen Erkrankungen ist ungeklärt. Aus diesem Grund wird eine Aufnahme in den Behandlungsumfang der ASV abgelehnt.

| | |
|---|--|
| Erkrankung ist ausschlaggebend für den nachfolgenden leitliniengerechten Therapieansatz | |
|---|--|

157

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>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.</p> <p>Gemäß der international anerkannten Einteilung der Vaskulitiden der Chapel Hill Consensus Conference (2012) werden unter dem Begriff „Großgefäßvaskulitis“ die Erkrankungen Takayasu-Arteritis (TAK) und Riesenzellarteriitis (GCA) klassifiziert.</p> <p>In seltenen Fällen kann der Einsatz von PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei diesen Erkrankungen die konventionelle Diagnostik – nicht die Verlaufskontrolle - mit MRT, DSA und Ultraschall ergänzen. Größere Fallserien liegen lediglich bei der Riesenzellarteriitis vor.[2] Die grundsätzliche Anwendbarkeit der PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei der sehr viel selteneren TAK wird aufgrund anatomischer Erwägungen von Experten in Reviews befürwortet.[1,6] Die Abgrenzung einer Vaskulitis von arteriosklerotischen Gefäßveränderungen setzt eine hohe Erfahrungheit des PET-Anwenders voraus.</p> | <p>PatV</p> <p>Das PET/CT ist keine GKV-Leistung, wird aber stationär auch bei Kassenpatienten durchgeführt. Es wird insbesondere genutzt, um Vaskulitiden zu diagnostizieren.[7,11]</p> <p>DKG</p> <p>In nationalen (AWMF) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie verschiedener Vaskulitiden wird eine PET/CT-Untersuchung als Option zur weiterführenden Diagnostik bei großen und mittelgroßen Gefäßen empfohlen, wenn eine konventionelle Diagnostik, insbesondere MRT und Angiographie mit Gefäßwanddarstellung, nicht aufschlussreich waren. Für diese spezifische Fragestellung wird der diagnostische Umfang an dieser Stelle entsprechend erweitert.</p> |
|--|---|

158

| | |
|--|--|
| <p>DKG</p> <p>Die Doppelsonographie der Gelenke bieten im Rahmen der Frühdiagnostik eine Alternative zu strahlenbelastenden radiologische Untersuchung. Durch die Darstellung des Blutflusses der Gelenkhaut lässt sich sowohl eine Aktivitätsbeurteilung der rheumatoiden Arthritis leisten als auch eine optimalen Therapieplanung ermöglichen. Insbesondere in der Kinderrheumatologie lässt sich die Diagnose stellen bevor der</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Der Powerdoppler findet in der Diagnostik von Gelenk-bzw. Synovialveränderungen Anwendung. Technisch erfolgt die Messung mit den üblichen Schallköpfen.</p> <p>Da die Gelenksonographie Abbildung im EBM findet und zur Anwendung des Powerdopplers lediglich das Hinzuschalten eines anderen Modus erforderlich ist, ist die Aufnahme unter den Abschnitt 2</p> |
|--|--|

| | |
|--|-----------------------------|
| knochendestruierende Prozess einsetzt. | Leistungen nicht angezeigt. |
|--|-----------------------------|

159

| | |
|---|---|
| <p>DKG</p> <p>Im Rahmen des in der Konkretisierung der Erkrankungen aufgenommenen Sicca Syndroms (ICD-10 M35.0), können aufgrund von morphologischen Veränderungen der Speichel- und Tränendrüsen, Geruchs- und Geschmackssinn beeinträchtigt sein. Für die Diagnostik der entsprechenden Störung des Geruchssinns sieht der G-BA den Riechtest als notwendiges diagnostisches Mittel vor und übernimmt diesen aus der ABK-RL in den Leistungskatalog der ASV.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Die entsprechenden Fachinformationen führen unter den Nebenwirkungen einer Cortisontherapie zahlreiche unerwünschte Nebenwirkungen auf, u.a. für das Immunsystem, die Haut, den Stoffwechsel und das Muskelskelettsystem, aber keine expliziten Hinweise auf einen Verlust des Geruchssinnes. Daher besteht kein Erfordernis, diese Leistung in den Leistungskatalog aufzunehmen.</p> |
|---|---|

160 **Behandlung**

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

168 Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen,
 169 Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß
 170 Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen
 171 und von Behandlungsspätfolgen.

172

| | |
|--|---|
| <p>PatV</p> <p>Beim systemischen Lupus erythematodes verschlechtert sich die rheumatologische Erkrankung in der Schwangerschaft oder im Wochenbett. Eine engmaschige gemeinsame Betreuung mit dem Geburtshelfer unter Einsatz schwangerschafts-kompatibler Medikamente ist erforderlich. Viele rheumatische Erkrankungen werden von einem Antiphospholipid-Syndrom begleitet. Dieses ist charakterisiert durch Thrombosen, Spontanaborte und Frühgeburten. Eine spezifische rheumatologische Begleittherapie ist notwendig bis hin zur Plasmapherese. Auch andere rheumatische Erkrankungen zeigen Besonderheiten in der Schwangerschaft, so dass eine engmaschige Betreuung im Rahmen der ASV notwendig ist.</p> | <p>GKV-SV,DKG und KBV</p> <p>Die routinemäßige Betreuung einer Schwangerschaft im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ist hingegen im Rahmen der ASV nicht vorgesehen, sondern sollte wie üblich beim entsprechend spezialisierten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Regelversorgung erfolgen.</p> |
|--|---|

173

DKG, KBV und PatV [GKV-SV unter 3.2. verortet]**KBV**

Eine Patientenschulung verbessert das Krankheitswissen der Patienten und wirkt sich positiv auf das Gesundheitsverhalten, insbesondere auch präventiv, aus. Untersuchungen haben gezeigt, dass Patientenschulungen zur Senkung von Morbidität, Mortalität und Krankheitskosten führen.

Bei Schulungen für Patienten mit einer rheumatologischen Erkrankung handelt es sich um einen systematischen und zielorientierten Prozess. Der Patient soll hierbei lernen, mit der Erkrankung bestmöglich zu leben und akute oder langfristige negative Konsequenzen der Erkrankung zu vermeiden.

Um in der ASV erbracht und abgerechnet werden zu können, muss es sich um eine strukturierte und evaluierte Schulung handeln, z.B. nach dem StruPi-Konzept., die bereits auch in Selektivverträgen vereinbart ist und von einem Rheumatologen und einer rheumatologischen Fachassistenz durchgeführt wird. Bisher finden sich derartige Schulungen als eigenständige Leistungen nicht im EBM. Für die Durchführung der Schulungseinheiten wird daher im Abschnitt 2 des Appendix eine neue ärztliche Leistung abgebildet.

PatV

Die Patientenschulung erhöht das Krankheitswissen der Betroffenen, sie verbessert die Einstellung zur Krankheit und wirkt sich positiv auf das Krankheitsverhalten aus. Durch das in der Schulung erworbene Wissen, durch die dort erlernten Fertigkeiten und die Auseinandersetzung mit der Krankheit wird das Verständnis für die eigene Erkrankung und deren Behandlung erhöht und damit auch die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Betroffenen verbessert. [3]

DKG

Strukturierte Patientenschulung ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche und lebensbegleitende Behandlung des Patienten. Ziel der Behandlung des Patienten mit einer chronisch rheumatischen Erkrankung ist die Besserung von Beschwerden und Funktionseinschränkungen sowie die Verhinderung von Krankheitsfolgen. Um einen therapielevanten Standard der Schulungen zu erreichen, wird die Konkretisierung um Qualitätsmerkmale für diese Patientenschulung erweitert

174 **Beratung**

175 Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

PatV

Der schubweise Verlauf der Erkrankung, die mit ihr einhergehenden sozialen Belastungen fordern nicht nur die Betroffenen selbst sondern auch das soziale Umfeld. Daher muss auch für diese Personen die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung und Betreuung bestehen.

DKG

Bereits in der alten Fassung der Richtlinie nach § 116b SGB V („ambulante Behandlung im Krankenhaus“) war die psychosoziale Beratung ein Bestandteil des Beratungsumfanges. Bei dem chronischen und zumeist mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen verbundenen Krankheitsverlauf ist die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten von Patientinnen und Patienten, wie auch deren Bezugspersonen, essenziell und wird in die neue ASV-RL nach §116b SGB V übernommen.

176

177

| | |
|---|--|
| <p>KBV und GKV-SV</p> <p>Eine Beratung der Patientinnen und Patienten soll auch für das Verhalten bei einer akuten Verschlechterung oder in Notfallsituationen durchgeführt werden. Dies kann ggf. auch unter Zuhilfenahme eines Notfallausweises erfolgen, der jedoch nicht das ärztliche Gespräch ersetzt.</p> | <p>PatV</p> <p>Eine Beratung der Patientinnen und Patienten soll auch für das Verhalten bei einer akuten Verschlechterung oder in Notfallsituationen durchgeführt werden. Der Notfallausweis enthält wichtige Informationen zur Erkrankung selbst, der Medikation etc. Die Übergabe des Notfallausweises ist verbindlicher Teil der Beratung.</p> |
|---|--|

178

| |
|---|
| <p>GKV-SV und KBV</p> <p>Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Rheumatologische Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, mit denen der Patient lebenslang umzugehen lernen muss. Durch die Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen, die für seine Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des Patienten bleibt bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen hin.</p> <p>PatV</p> <p>Mit einer Beratung zu den vorhandenen Selbsthilfeangeboten wird insbesondere neu diagnostizierten Patienten die Möglichkeit eröffnet, sich über ihre Erkrankung zu informieren und sich mit Betroffenen auf einer anderen Ebene als der Vermittlung von (ärztlichem) Wissen über die Erkrankung auszutauschen. Betroffene werden darin bestärkt, Experten und Expertinnen ihrer eigenen Erkrankung zu werden und ihre gesundheitliche und soziale Versorgung aktiv mit zu gestalten. Darüber hinaus bieten die unterschiedlichen Gruppen nicht nur Information und Beratung an, sondern halten auch Bewegungsangebote vor.</p> |
|---|

179

| | |
|---|--|
| <p>KBV</p> <p>Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann in vielen Fällen die Ernährung den Verlauf rheumatologischer Erkrankungen u.a. durch die Beeinflussung von Entzündungsmediatoren positiv verändern. Häufig ist eine komplette Ernährungsumstellung erforderlich, über die die Patienten aufgeklärt werden müssen.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Die Ernährungsberatung ist ein integraler Bestandteil jeder ärztlichen Behandlung. Unabhängig davon können derzeit nur Ernährungsempfehlungen mit allgemeingültigem Charakter gegeben werden, da weiterhin methodisch akzeptable systemische Übersichtsarbeiten über die Ernährung zur Beeinflussung rheumatologischer Erkrankungen fehlen.</p> <p>Dies bestätigt auch der Abschlussbericht des IQWiG vom 16.03.2016 (Leitlinienrecherche und -bewertung für ein DMP Rheumatoide Arthritis). Dieser stellt fest, dass immer noch unklar sei, ob bestimmte Ernährungsweisen einen Einfluss auf die Symptome einer Rheumatoiden Arthritis haben.</p> |
|---|--|

180 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

181 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

182 Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden die Regelungen zu den
 183 personellen Anforderungen in der ASV-RL der neuen Teamgestaltung angepasst, obgleich
 184 das Spektrum an Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

185 **a) Teamleitung**

186

| | |
|--|--|
| <p>KBV</p> <p>Die Fachärztin bzw. der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie wurde als Teamleiterin bzw. Teamleiter vorgesehen, um ihre/seine spezielle Expertise hervorzuheben.</p> | <p>PatV</p> <p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation der beteiligten Fachärzte sowie die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. Die Teamleitung wird durch einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gewährleistet.</p> |
|--|--|

187

| |
|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>a) und b) Teamleitung und Kernteam</p> <p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation der beteiligten Fachärzte sowie die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. Bereits in der alten Fassung des § 116b SGB V („ambulante Behandlung im Krankenhaus“) bestand dieses Team aus mindestens zwei Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie. Abweichend von bisherigen Indikationen wird dadurch bei der Behandlung rheumatologischer Erkrankungen im Rahmen der ASV gewährleistet, dass auf die Expertise und Erfahrung von mehr als einem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie zurückgegriffen werden kann. Die Kooperation innerhalb des Kernteams gewährleistet somit eine möglichst optimale Patientenversorgung. Dies bedeutet angesichts der Heterogenität der rheumatologischen Erkrankungen einen medizinischen Mehrwert.</p> |
|---|

188

189 **b) Kernteam**

| |
|---|
| <p>KBV</p> <p>Die internistischen Rheumatologen, Nephrologen, Orthopäden und Unfallchirurgen mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie, Pneumologen und Dermatologen wurden dem Kernteam zugeordnet, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen die spezielle Expertise für die Diagnostik und Behandlung durch Fachärzte dieser Fachdisziplinen im Vordergrund steht.</p> |
|---|

DKG

Eine Zusätzliche Aufnahme einer weiteren Fachärztin bzw. eines weiteren Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie erweitert die für die interdisziplinäre Versorgung der Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen benötigte fachliche Expertise nicht. Eine benötigte Vertretung für den Teamleiter bzw. als Teil des Kernteams angehörende Fachärztin bzw. angehörenden Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie ist bereits in § 3 Abs. 4 der ASV-RL geregelt.

DKG für den FA f. Kardiologie im Kernteam:

Die kardiale Beteiligung zeigt sich mit unterschiedlichen Ausprägungen bei den unterschiedlichen rheumatoiden Erkrankungen. Beginnend von direkter Organbeteiligung (z.B. Amyloidose), Folgeerkrankung wie Myo- bzw. Endokarditis (z.B. rheumatoider Arthritis) sowie Herzrhythmusstörungen unter laufender Therapie (z.B. Cortison). Der direkte Zusammenhang stellt eine Komplikation sowohl für die Therapie wie auch für die unmittelbare Versorgung des Patienten dar. 6% der Patienten mit rheumatoider Arthritis versterben infolge eines kardiovaskulären Geschehens und Patienten mit Amyloidose mit Herzbeteiligung haben eine Überlebensprognose von 5 Monaten. Aufgrund des erhöhten Risikos auch bei der Versorgung des Patienten ist eine unmittelbarer Mitbehandlung durch einen Kardiologen zur Komplettierung der interdisziplinären Zusammenarbeit von besonderer Relevanz.

PatV

Neben der Teamleitung wird ein weiterer Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie im Kernteam eingebunden. Die rheumatologische Kompetenz ist auf diese Weise auch für die Vertretungssituation gewährleistet. Darüber hinaus werden orthopädisch-rheumatologische, pneumologische, dermatologische und nephrologische Kompetenz dem Kernteam zugeordnet, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen die spezielle Expertise für die Diagnostik und Behandlung durch Fachärzte dieser Fachdisziplinen im Vordergrund steht.

190

191 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

192

KBV

Für folgende Fachdisziplinen, die bereits in der ABK-Richtlinie benannt sind, wurde eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie / Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Radiologie
- Urologie

Dies stellt sicher, dass diese Facharztgruppen bei Bedarf (Indikations- oder Definitionsauftrag) in die ASV-Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten eingebunden sind.

Ergänzt wurde die dritte Ebene um folgende Facharztgruppen, die auf Grund der Weiterentwicklung in der Medizin und spezieller Verfahren (z.B. spezielle humangenetische Untersuchungen, differenzierte Gerinnungsdiagnostik, histologische und zytologische Untersuchungen, Radiosynoviorthesen) erforderlich sind:

- Humangenetik
- Laboratoriumsmedizin,
- Nuklearmedizin
- Pathologie

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden Änderungen wie nachfolgend dargestellt vorgenommen:

Die Voraussetzung, dass 2 Rheumatologen verpflichtend vorzusehen seien, stammt aus der ABK-Richtlinie und lässt sich außerhalb des Klinikbereiches nicht realisieren.

Daher ist im Kernteam nur ein Rheumatologe vorzusehen, der auch die Funktion des Teamleiters übernimmt.

Des Weiteren wurde die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ergänzt um die Fachgruppe Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, um diese Fachgruppen nicht von der ASV auszuschließen.

PatV

Für folgende Fachdisziplinen, wurde eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie / Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

- Radiologie
- Urologie

Dies stellt sicher, dass diese Facharztgruppen bei Bedarf (Indikations- oder Definitionsauftrag) in die ASV-Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten eingebunden sind.

193

GKV-SV

Es gibt eine Vielzahl rheumatologischer Erkrankungen, welche neben Entzündungen an den Gelenken auch Blutgefäße oder Organe schädigen können. Aufgrund dieser Bandbreite an möglichen Erkrankungssymptomen ist es erforderlich, dass in der ASV auf eine Vielzahl an Fachärzten zurückgegriffen wird. Gleichzeitig variieren die Symptome allerdings von Patient zu Patient (selbst bei gleicher Diagnose), sodass eine regelhafte Einbindung weiterer Fachärzte neben den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie in das Kernteam unzweckmäßig erscheint.

Um für eine Auswahl der hinzuzuziehenden Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf für einen Teil der Patienten erforderlich ist, dennoch die Möglichkeit zur umfangreichen Mit- und Weiterbehandlung zu gewähren, kann als Besonderheit der Konkretisierung „rheumatologische Erkrankungen“ eine entsprechende Überweisung durch das Kernteam erfolgen. Diesen Ärzten steht ein größerer Behandlungsumfang (u. a. die Grundpauschalen) gegenüber einer Überweisung als Zielauftrag zur Verfügung.

Voraussetzung für die Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung ist die namentliche Benennung der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte, insofern gelten für diese Fälle die Regelungen nach § 2 Absatz 2 Sätze 5 und 7 der ASV-RL nicht.

DKG und PatV streichen

KBV prüft

194

195 **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

GKV-SV

Durch eine entsprechende Kooperation zwischen dem jeweiligen ASV-Team und einem geeigneten Krankenhaus (rheumatologische Akutklinik oder

DKG

Gemäß der ABK- RL wurde auch für die Umsetzung in die ASV zur Sicherung der spezialisierten ambulanten Versorgung der

| | |
|---|--|
| <p>ein Krankenhaus mit internistischer Abteilung und Notaufnahme) wird sichergestellt, dass bereits vor Eintreten einer möglichen Notfallsituation für die Patientin bzw. den Patienten Versorgungs- und Planungssicherheit gewährleistet wird. Der Patient kann somit beim Auftreten von Beschwerden außerhalb der Erreichbarkeitszeiten des ihm vertrauten ASV-Teams zeitnah das ihm bereits zu Beginn der Behandlung in der ASV mitgeteilte Kooperationskrankenhaus aufsuchen.</p> <p>Bei ASV-Teams, welche sich sowohl aus Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch aus Ärztinnen und Ärzten eines Krankenhauses rekrutieren bzw. allein aus Krankenhausärzten bestehen, kann die 24-Stunden-Notfallversorgung auch durch Kooperation mit dem Krankenhaus des ASV-Teams sichergestellt werden.</p> | <p>rheumatologischer Patienten eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft durch ein Mitglied des Kernteams übernommen. Diese umfasst auch die Möglichkeiten eines Notfalllabors und der erforderlichen Bildung, um zeitnah kritische Therapieentscheidungen treffen zu können.</p> |
|---|--|

200

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>Patientenschulungsmaßnahmen sind seit Jahren zu einem Bestandteil der Behandlungskonzepte in der Rheumatologie geworden.</p> <p>Die Schulungsprogramme sollen krankheitsspezifisches Fachwissen sowie Kenntnisse der Lern- und Verhaltenspsychologie vermitteln und werden in Gruppen von einem interdisziplinären Team (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeut etc.) durchgeführt. Die Schulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Ziel ist, die Lebensqualität zu erhöhen im Sinne der Hilfe zur individuellen Selbsthilfe.</p> <p>Daher erfolgte die Verortung der Patientenschulung unter „Sächliche und organisatorische Anforderungen.“</p> <p>Es obliegt dem ASV Team, die Patientinnen und Patienten über entsprechende Seminare und Schulungsprogramme, beispielsweise über das Projekt „Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis“ (StruPI-RA), zu informieren. Hierbei handelt es sich um Informationsveranstaltungen mit einem modularen Aufbau, die einheitliche und grundlegende Informationen zur Krankheit, Diagnose und Therapie vermitteln. Weiterhin existieren Schulungsprogramme für rheumakranke Kinder bzw. Jugendliche und deren Eltern.</p> <p>Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass die Krankenkasse zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet, die Krankenbehandlung nicht ausreicht und eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation – auch anderer Sozialleistungsträger- nicht indiziert ist.</p> <p>Patientenschulungen werden außer im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen auch stationär (Krankenhaus) angeboten.</p> | <p>DKG, KBV und PatV: unter 2 verortet</p> |
|--|---|

201

202 **2.2.3.3 Dokumentation**

203 Die Dokumentation beinhaltet die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen
 204 zur Diagnosesicherheit. Nach ärztlichem Berufsrecht, bürgerlichem Recht,
 205 Strahlenschutzrecht etc. bestehen Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der
 206 ärztlichen Dokumentation.

| GKV-SV | DKG und KBV |
|---|--|
| <p>Die Dokumentation medizinischer Maßnahmen und die Sicherung bzw. Verbesserung der Behandlung haben eine hohe Priorität für die medizinische Versorgungsqualität. Zur Beurteilung der Krankheitsaktivität und der jeweiligen Organbeteiligung ist eine rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkungen mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen obligat. Welcher dieser Beurteilungsmaßstäbe im Einzelfall zweckmäßiger ist, hängt von der Fragestellung ab und obliegt dem Behandler. In Frage kommen beispielsweise bei der rheumatoiden Arthritis der im deutschsprachigen Raum gebräuchliche Funktionsfragebogen Hannover (FFbH) oder der international bekannte Health Assessment Questionnaire (HAQ).</p> <p>Bei rheumatoider Arthritis dient der Disease-Activity-Scores 28 (DAS 28) der Aktivitätsmessung und Verlaufskontrolle. Weiterhin steht der Funktionsfragebogen Hannover (FFbH) bzw. Health Assessment Questionnaire (HAQ) zur Verfügung.</p> <p>Bei den Spondylarthritiden finden der Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) und der Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) Anwendung.</p> <p>Bei Vaskulitiden dient zur Einschätzung der Krankheitsaktivität der Birmingham-Vaskulitis-Aktivitäts-Score (BVAS).</p> <p>Für den systemischen Lupus erythematodes steht der Score Erhebung des Krankheitsaktivitäts-Index des systemischen Lupus erythematodes (SLEDAI) bzw. der Score European</p> | <p>Die Dokumentation beinhaltet dementsprechend die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprüfen zu können. Die Angabe der relevanten Scores dient ausschließlich der Verlaufskontrolle der Therapie, jedoch nicht der Indikationsstellung zu Behandlung in der ASV-Versorgung.</p> |

| | |
|---|--|
| Consensus Lupus Activity Measurement (ECLAM) zur Verfügung. | |
|---|--|

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

210 2.2.3.4 Mindestmengen

211 Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die
 212 gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus.

213

GKV-SV und KBV

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 rheumatologischen Erkrankungen mitbringen müssen. Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen, wie sie in § 6 ABK-RL geregelt wurde, fest. Die dort definierte Mindestmenge von 240 je Einrichtung wurde in der ABK-RL auf Anregung von Experten festgelegt. Diese Festlegung wurde aus der ABK-RL in die ASV-RL übernommen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.

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

Ergänzung KBV

Auch wenn das Zugangskriterium „schwerer Verlauf“ gegenüber der ABK-Richtlinie weggefallen ist und zudem auch Patienten mit Verdachtsdiagnosen in die ASV aufgenommen werden, also zunehmend mehr Patienten in der ASV erwartet werden können, so wurde dennoch an der bereits in der ABK-Richtlinie

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 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, Urt. 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 rheumatologischen Erkrankungen durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne (vgl. BSG, Urt. 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>festgelegten Mindestmenge festgehalten. Das liegt u.a. daran, dass es schwierig ist, aus den Prävalenzen der verschiedenen und teilweise seltenen Erkrankungen der Anlage Rheumatologische Erkrankungen neue Mindestmengen zu berechnen. Zudem wird durch die Kriterien des besonderen Verlaufes ebenfalls eine Eingrenzung vorgenommen, und es werden wie in der ABK-RL nur Patienten mit gesicherter Diagnose gezählt Ggf. wird im Verlauf der ASV, wenn Behandlungszahlen vorliegen, eine Überprüfung der Mindestmenge erforderlich.</p> | <p>Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen entwickelt wird.</p> |
|--|--|

214

| | |
|---|--|
| <p>GKV-SV, KBV und PatV</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.</p> <p>In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen das Kernteam 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>DKG</p> <p>Zustimmung, sofern eine Mindestmenge festgelegt wird.</p> |
|---|--|

215

216 2.2.4 Überweisungserfordernis

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

| | |
|---|--|
| <p>GKV-SV</p> <p>Da in der ASV auch bei rheumatologischer Erkrankungen zukünftig Patientinnen und Patienten mit nicht schweren Verlaufsformen eingeschlossen werden können – die jedoch gleichwohl einer interdisziplinär abgestimmten Diagnostik und Therapie bedürfen – wird das Stadium der Voll-</p> | <p>DKG</p> <p>Die Patienten mit einer Erkrankung aus dem rheumatoiden Formkreis sind auf eine rasche Diagnosestellung wie auch auf eine abgestimmte interdisziplinäre Behandlung angewiesen. Dabei handelt es sich um einen chronischen und zum Teil schubweisen Krankheitsverlauf, wobei die Patientinnen und Patienten auf eine längere Versorgung in</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>oder Teilremission ggf. früher erreicht, d.h. die Indikation zur ASV ist eher zu überprüfen.</p> <p>KBV</p> <p>Die Überweisung in den ASV-Bereich kann laut ASV-Richtlinie für ein oder mehrere Quartale erfolgen. Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. Da Rheumatologische Erkrankungen häufig in Schüben verlaufen und Patienten, die z. B. mit Medikamenten gut eingestellt sind, keiner ständigen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, ist es sinnvoll, jeweils nach 2 Quartalen zu überprüfen, ob eine Behandlung in der ASV weiterhin erforderlich ist.</p> | <p>ambulanten Bereich angewiesen sind. Das ASV-Team ermöglicht den Patienten durch ein spezialisiertes Team eine über die zumeist lange und durchgängige Zeit ambulante Versorgung und Überwachung. In der ABK-RL hatte man den besonderen Erfordernissen in der Rheumatologie 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-Bereich auf 1 Jahr nach Erstüberweisung festgelegt sein. 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> |
|---|---|

219 Analog zur gesetzlichen Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Patientinnen und
 220 Patienten aus dem stationären Bereich besteht gemäß § 8 Satz 3 ASV-RL auch für
 221 Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen Vertragsärztinnen
 222 bzw. Vertragsärzte kein Überweisungserfordernis. Diese Ausnahmeregelungen gelten
 223 jedoch nur, wenn die Patientinnen bzw. Patienten im eigenen ASV-Team behandelt werden.

224

| | | |
|---|---|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>Liegt eine gesicherte rheumatologische Diagnose vor, erfolgt die Überweisung in die ASV.</p> <p>Erweitert wurde die Teilnahmemöglichkeit an der ASV für Patienten mit Verdachtsdiagnosen, da der Verlauf einer rheumatologischen Erkrankung auch vom Therapiebeginn und somit Zeitpunkt der Diagnosestellung abhängt. Diese gestaltet sich außerhalb spezialisierter, interdisziplinärer Teams häufig schwierig, so dass es zu einem deutlich verspäteten Therapiebeginn kommen kann. Die möglichst frühzeitige Einleitung einer antirheumatischen,</p> | <p>DKG</p> <p>Die multifaktoriellen Erkrankungen aus dem rheumatischen Formkreis, welche häufig durch eine unspezifische Symptomatik gekennzeichnet sind, bedürfen eines interdisziplinären Ansatzes in der Diagnostik wie auch eines raschen Therapiebeginns nach Diagnosesicherung.</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</p> | <p>KBV</p> <p>Auch Patienten mit der Verdachtsdiagnose einer rheumatologischen Erkrankung können in die ASV aufgenommen werden. Es ist davon auszugehen, dass das spezialisierte Team hier innerhalb von 2 Quartalen die Diagnose bestätigen oder ausschließen kann. Die Überweisung bei Verdachtsdiagnose Rheumatoide Arthritis und Spondylitis ankylosans als häufige rheumatologische Erkrankungen setzt eine medizinische Begründung voraus. Dies kann bevorzugt in Form von Checklisten bzw. Screeningbögen erfolgen, die zwar nicht bundesweit einheitlich</p> |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>krankheitsmodifizierenden Therapie ist jedoch wichtig, um eine Verlangsamung der Progression und ggf. eine Remission zu erreichen</p> <p>Bei einer Verdachtsdiagnose muss, da der rheumatische Formenkreis eine sehr heterogene Gruppe von Erkrankungen umfasst, vor Überweisung in die ASV eine Mindestdiagnostik vorliegen.</p> <p>Diese Diagnostik setzt sich zusammen aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese (u. a. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife), 2. Körperlicher Untersuchung (z.B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung), 3. Laboruntersuchungen (z.B. Entzündungsparameter, spezifische Antikörper wie Antinukleäre-Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und 4. Bildgebung (ggfs. Röntgendiagnostik). <p>Erhärtet sich die Verdachtsdiagnose bzw. kann eine rheumatologische Erkrankung nicht sicher ausgeschlossen werden, so kann die Überweisung in die ASV erfolgen. Die Untersuchungsergebnisse sollten einen hochgradigen Verdacht auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung nahelegen und beispielweise eine verschleißbedingte</p> | <p>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> | <p>existieren, jedoch alle ähnliche Informationen beinhalten und bereits von vielen Ärzten genutzt werden. Analog zu den rheumatologischen Frühsprechstunden können so Ressourcen optimal genutzt und Wartezeiten für die Patienten verringert werden, die tatsächlich einer möglichst schnellen Diagnostik und Therapie bedürfen.</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>(degenerative) rheumatische Erkrankung (Arthrose) sicher ausschließen.</p> <p>Die aufgeführte Mindestdiagnostik und möglicherweise daran anschließende Überweisung in die ASV erfolgt durch einen Facharzt der im Beschluss aufgeführten Facharztgruppen. Dadurch wird sichergestellt, dass die durchgeführten medizinischen Untersuchungen ein Höchstmaß an Diagnosesicherheit bieten und Patientinnen und Patienten mit tendenziell einfach auszuschließenden Diagnosen nicht in der ASV behandelt werden.</p> <p>Da in der ASV zukünftig auch Patientinnen und Patienten mit Verdachtsdiagnosen eingeschlossen werden können, ist die Indikation zur ASV eher zu überprüfen. Eine gesicherte Diagnose muss spätestens nach zwei Quartalen vorliegen, damit der Patient weiterhin in der ASV versorgt werden kann.</p> | | |
|---|--|--|

225 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

226 Anmerkung: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung zum
227 Beschlusssentwurf gesondert in ein Stellungsverfahren zu geben.

228 II. Teil 2: Kinder und Jugendliche

229 3.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

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

232

233

234

| | |
|---|--|
| <p>PatV</p> <p>D70.0 bis D84.-</p> <p>Es gibt in Deutschland nur an wenigen Standorten eigene ambulante Strukturen für die Versorgung von Patienten mit Immundefekten.</p> <p>An den meisten Schwerpunktzentren erfolgt eine kombinierte Versorgung rheumatologischer/autoinflammatorischer und Immundefektpatienten in einer Ambulanz für Rheumatologie und Immunologie.</p> <p>Die Vorstände der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie haben sich 2015 darüber verständigt, diese Diagnosen in die Versorgungsstruktur § 116b Kinderreumatologie zu legen.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen erfahren im § 116b eine eigenständige Konkretisierung. Diese umfasst die primären Immundefekte (ICD-10-GM) D70.0, D70.5, D76.1, D80.-,D81.-,D82.-,D83,- und D84,-.</p> |
|---|--|

235

| | |
|---|---|
| <p>D86.0 bis D86.3</p> <p>PatV</p> <p>Die kindliche Sarkoidose (Blau Syndrom) ist eine genetische Erkrankung, (NOD2-Mutation) und wird ausschließlich durch Kinderreumatologen versorgt.</p> <p>KBV</p> <p>Kinder und Jugendliche mit Sarkoidose benötigen die Behandlung durch Ärzte mit spezieller Erfahrung und werden in der Regel durch Kinderärzte mit rheumatologischer Expertise sowie je nach Symptom weiteren Fachärzten behandelt. Die Komplexität der Erkrankung und die potenziellen Langzeitfolgen erfordern eine interdisziplinäre Betreuung. Vor allem bei der frühkindlichen Form besteht die Gefahr der Entwicklung bleibender Schäden an Gelenken oder am Auge (Visusminderungen bis zur Erblindung). Daher werden folgende Diagnosen zusätzlich in die ASV aufgenommen: D86.0 Sarkoidose der Lunge D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten D86.3 Sarkoidose der Haut</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Das Blau-Syndrom ist eine seltene (ORPH90340) systemische Erkrankung, deren Behandlung wegen ihrer geringen Inzidenz und anspruchsvollen Behandlung hauptsächlich in der Hochschulmedizin und an speziellen Zentren verortet ist.</p> <p>In einem dänischen Register wurde die jährliche Inzidenz auf 1/1.670.000/Jahr für Kinder unter 5 Jahren geschätzt.</p> <p>Daher wird die Aufnahme in die ASV-Konkretisierung als nicht sachgerecht bewertet.</p> |
|---|---|

236

| | |
|---|--|
| <p>PatV</p> <p>Die Aufnahme der ICD-Kodes D89.- und D90 sind von elementarer Bedeutung für die Patientensicherheit. Die Patienten haben durch ihre Grunderkrankung (z.B. systemischer Lupus) und/oder die notwendige Therapie erhebliche Defizienzen des Immunsystems. Hierfür finden sich eigens entwickelte Therapierichtlinien: [8,9]</p> | <p>GKV-SV, KBV und DKG streichen:</p> |
|---|--|

237

| | |
|---|---|
| <p>PatV</p> <p>Die Aufnahme der ICD-Kodes E85.0 und L50.8 sind die einzige Möglichkeit, innerhalb des ICD 10 die hereditären autoinflammatorischen Erkrankungen (z.B. familiäres Mittelmeerfieber) zu kodieren, da diese bei der Entwicklung des ICD 10 noch nicht entdeckt waren. Innerhalb der ambulanten kinderrheumatologischen Versorgungsstrukturen werden über 600 Patienten versorgt (Kerndokumentation 2014). Eine kinderrheumatologische Versorgung wird international empfohlen.)[10]</p> <p>KBV</p> <p>Analog Teil 1 Erwachsene wird E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose ergänzend zu den in der ABK-Richtlinie aufgeführten Diagnosen aufgenommen. Es handelt sich um eine seltene rheumatologische Diagnose, die eine spezielle Qualifikation des Arztes und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Immundefekterkrankungen und immunologische Erkrankungen wie z.B. Autoinflammatorische Syndrome sind selten und sollten wegen ihrer geringen Zahl und anspruchsvollen Behandlung in der Hochschulmedizin verortet bzw. an Zentren weiterverwiesen werden. Sinnvollerweise erfolgt die Behandlung und Betreuung von Patienten mit seltenen Erkrankungen an Zentren, in denen nicht nur die notwendige Erfahrung und interdisziplinäre Struktur vorhanden ist, sondern auch die wissenschaftliche Erforschung dieser Erkrankung erfolgt und von denen aus klinische Studien initiiert werden können.</p> |
|---|---|

238

| | |
|---|---|
| <p>L50.8</p> <p>PatV</p> <p>E85.0 und L50.8 sind die einzige Möglichkeit, innerhalb des ICD 10 die hereditären autoinflammatorischen Erkrankungen (z.B. familiäres Mittelmeerfieber) zu kodieren, da diese bei der Entwicklung des ICD 10 noch nicht entdeckt waren. Innerhalb der ambulanten kinderrheumatologischen Versorgungsstrukturen werden über 600 Patienten versorgt (Kerndokumentation 2014). Eine kinderrheumatologische Versorgung wird international empfohlen. [10]</p> | <p>GKV-SV und KBV: streichen</p> |
|---|---|

239

| |
|---|
| <p>M05.- bis M06.1-</p> <p>PatV</p> <p>Bei Beginn der Erkrankung nach dem 16. Lebensjahr sind die Erkrankungen keine Juvenile Idiopathische Arthritis mehr, sondern müssen definitionsgemäß als die Erwachsenenform diagnostiziert werden. Dennoch erfolgt die Versorgung bis zum 18. Lebensjahr in der Kinder- und Jugendrheumatologie.</p> |
|---|

240

| | |
|--|---|
| <p>M13.-</p> <p>PatV</p> <p>In der Kinder- und Jugendrheumatologie findet sich eine breite Palette andersgearteter Arthritiden zumeist seltener rheumatischer Erkrankungen, die der ICD 10 nicht eigens ausweist (z.B. Chronische Arthritis-Pericarditis-Camptodactylie Syndrom). Diese komplexen Fälle benötigen eine §116b-</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Der Kode M13.- Sonstige Arthritis stellt keine spezifische Kodierung dar, daher erfolgt keine Auflistung in dieser ASV-Konkretisierung.</p> |
|--|---|

| | | | |
|---|--|---|--|
| Struktur. | | | |
| 241 | <p>M30.0 bis M30.1</p> <p>GKV-SV Es handelt sich um eine Erkrankung der Vaskulitiden, weitere Organe können betroffen sein, die Differentialdiagnose ist schwierig zu stellen. Somit ist eine spezialfachärztliche Versorgung im Rahmen der ASV angezeigt.</p> <p>PatV Die seltenen Fälle juveniler Panarteriitis nodosa (laut Kerndokumentation 2014 bundesweit 10 Fälle) werden ausnahmslos kinderrheumatologisch versorgt.</p> <p>KBV Es handelt sich bei M30.0 Panarteriitis nodosa und M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung um Erkrankungen, die im Kindesalter sehr selten und mit einem heterogenen klinischen Bild auftreten. Hier ist eine spezielle kinderrheumatologische Expertise gefragt. Daher werden diese Diagnosen zusätzlich für Kinder und Jugendliche in die ASV aufgenommen.</p> | | |
| 242 | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="177 987 683 1151"> <p>PatV M30.8 <i>[Begründung steht noch aus]</i></p> </td> <td data-bbox="683 987 1418 1151"> <p>GKV-SV Dieser Kode war nicht in der ABK-RL enthalten und stellt keine spezifische Kodierung dar, daher erfolgt keine Auflistung in dieser ASV-Konkretisierung.</p> </td> </tr> </table> | <p>PatV M30.8 <i>[Begründung steht noch aus]</i></p> | <p>GKV-SV Dieser Kode war nicht in der ABK-RL enthalten und stellt keine spezifische Kodierung dar, daher erfolgt keine Auflistung in dieser ASV-Konkretisierung.</p> |
| <p>PatV M30.8 <i>[Begründung steht noch aus]</i></p> | <p>GKV-SV Dieser Kode war nicht in der ABK-RL enthalten und stellt keine spezifische Kodierung dar, daher erfolgt keine Auflistung in dieser ASV-Konkretisierung.</p> | | |
| 243 | <p>M31.8, M31.9</p> <p>PatV Gemeint ist die Leukozytoklastische Vaskulitis, die jedoch im ICD 10 als I77.6 kodiert wird. Die Versorgung dieser Diagnosen erfolgt ebenfalls rheumatologisch.</p> <p>KBV Unter M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien und M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet, werden Erkrankungen zusammengefasst, die überwiegend in den Behandlungsbereich von Rheumatologen fallen und daher hier zusätzlich zur ABK-Richtlinie aufgenommen werden.</p> | | |
| 244 | <p>M33.1, M33.2</p> <p>PatV Bei Beginn der Erkrankung nach dem 16. Lebensjahr erfolgt die Kodierung der Erwachsenenform. Die Versorgung zwischen dem 16. und dem 18. Lebensjahr findet in der Kinder- und Jugendrheumatologie statt.</p> <p>Die Polymyositis ist im Kindesalter extrem selten (bundesweit geschätzt 20 Fälle). Es gibt keine eigene Kodierung für die juvenile Form. Die Kinder werden zumeist kinderrheumatologisch versorgt.</p> | | |
| 245 | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="177 1944 1177 2072"> <p>M35.0</p> <p>PatV Die Erkrankung tritt im Kindesalter selten auf, eine eigene Kodierung der</p> </td> <td data-bbox="1177 1944 1418 2072"> <p>DKG streichen</p> </td> </tr> </table> | <p>M35.0</p> <p>PatV Die Erkrankung tritt im Kindesalter selten auf, eine eigene Kodierung der</p> | <p>DKG streichen</p> |
| <p>M35.0</p> <p>PatV Die Erkrankung tritt im Kindesalter selten auf, eine eigene Kodierung der</p> | <p>DKG streichen</p> | | |
| 246 | | | |

| | | |
|-------------------|--|---|
| 247 | juvenilen Form ist nicht möglich. Die Betreuung erfolgt ausschließlich über den Kinderrheumatologen.[5] | |
| 248 | <p>M45.0- PatV</p> <p>Bei Beginn der Erkrankungen nach dem 16. Lebensjahr erfolgt die Kodierung der Erwachsenenform. Die Versorgung zwischen dem 16. und dem 18. Lebensjahr findet in der Kinder- und Jugendrheumatologie statt.</p> <p>KBV</p> <p>Selten wird die Diagnose M45.0- Spondylitis ankylosans vor dem 18. Lebensjahr gestellt. Die Versorgung dieser jugendlichen Patienten findet in der Kinder- und Jugendrheumatologie statt.</p> | <p>GKV-SV und DKG: streichen</p> |
| 249 | <p>M46.9- PatV</p> <p>Bei Beginn der Erkrankungen nach dem 16. Lebensjahr erfolgt die Kodierung der Erwachsenenform. Die Versorgung zwischen dem 16. und dem 18. Lebensjahr findet in der Kinder- und Jugendrheumatologie statt.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Dieser Kode stellt keine spezifische Kodierung dar, daher erfolgt keine Auflistung in dieser ASV-Konkretisierung.</p> |
| 250 | <p>M86.3- PatV</p> <p>Diese autoinflammatorische Erkrankung wird ausschließlich vom Kinderrheumatologen betreut (Kerndokumentation 2014: 500 Fälle). Dies entspricht internationalen Standards, die im Wesentlichen von Kinderrheumatologen mitentwickelt wurden. [4]</p> <p>GKV-SV und KBV</p> <p>Es handelt sich bei M86.3 Chronische multifokale Osteomyelitis um ein seltenes Krankheitsbild; die Problematik liegt u. a. in der frühzeitigen Diagnosestellung und Abgrenzung zu anderen Krankheiten. Häufig ist eine immunsuppressive Therapie erforderlich. In der Regel erfolgen Diagnosestellung und Therapie durch Rheumatologen bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch Kinderrheumatologen.</p> | |
| 251 | 3.2.2 Behandlungsumfang | |
| 252 253 254 | Bezüglich der auch für Erwachsene geltenden Regelungen zum Behandlungsumfang wird auf die Ausführungen in Teil 1 verwiesen. | |
| | <p>GKV-SV</p> <p>Im Kindesalter beginnende entzündlich-rheumatische Erkrankungen bestehen oft bis ins Erwachsenenalter fort. Kern der ASV ist die interdisziplinäre Versorgung, in der die ärztliche Behandlung ebenfalls die Begleitung des Übergangs vom Kindes- in das Erwachsenenalter umfasst. Damit einher geht der Betreuungswechsel vom Kinder- zum internistischen Rheumatologen.</p> <p>Im EBM wird die ärztliche Begleitung dieses Prozesses durch die allgemeine und fortgesetzte Betreuung des Patienten</p> | <p>DKG und PatV s.u.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>(Versichertenpauschale, GOP 04000) sowie bei chronischen Erkrankungen zusätzlich durch die fortlaufende Beratung hinsichtlich des Verlaufs und der Behandlung der Erkrankung und der Anleitung zum Umgang mit der Erkrankung abgedeckt (GOP 04220 und 04221). Überdies bedürfen Heranwachsende, welche an rheumatischen Erkrankungen leiden, medizinischer Beratung zur Teilhabe am Schulleben und in der Berufsausbildung sowie zur allgemeinen gesellschaftlichen Integration. Der EBM trägt diesen Anforderungen mit problemorientierten ärztlichen Gesprächen zu therapeutischen, familiären, sozialen und beruflichen Auswirkungen der Erkrankung Rechnung (GOP 04230).</p> | |
|---|--|

255 Darüber hinaus gehören diagnostische Leistungen, die für Erkrankungen der vorliegenden
256 Konkretisierung nicht im EBM abgebildet sind, zum Leistungsumfang:

| | |
|---|--|
| <p>DKG und PatV</p> <p>Kinder und Jugendliche mit rheumatologischen Erkrankungen müssen besonders sensibel über krankheitsbedingte Einschränkungen aufgeklärt werden. Andererseits ist es von hoher Wichtigkeit, sie auch über die Möglichkeiten zu informieren, trotz chronischer Erkrankung am sozialen Alltag/Schulalltag, an Sport- und Freizeitveranstaltungen teilzunehmen sowie Jugendlichen erste Hinweise zu geben, welche möglichen Krankheitsentwicklungen bei Ausbildungs- und Berufswahl berücksichtigt werden müssen. Hier ist der behandelnde Arzt oft erster Ansprechpartner, da er die Entwicklung der Patienten und deren Umgang mit ihrer Erkrankung über Jahre verfolgt.</p> | <p>GKV-SV und KBV s.o.</p> |
|---|--|

257

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <p>KBV</p> <p>Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin regelt. Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung kommt es z. B. häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Die zielgerichtete und strukturierte Überleitung des Patienten an den weiterbehandelnden Arzt erfordert u.a. ein ausführliches Überleitungsgespräch mit dem Patienten und der Bezugs- oder Kontaktperson, die Erstellung eines Abschlussberichts (Diagnosen, Befunde, Medikationsplan, besondere Hinweise u.a.) an den sowie die konsiliarische Beratung mit dem weiterbehandelnden Arzt. Für diesen zeitaufwändigen Prozess</p> | <p>DKG</p> <p>Die Transition in der Gesundheitsversorgung meint die Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in welcher die Überleitung eines Patienten mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet. Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung besteht die Gefahr einer Unterversorgung z. B. durch eine Zunahme der Therapieabbrüche oder mangelnder Medikamenteneinnahmen, die in erster Linie durch mangelnde Koordination der Prozesse bedingt ist. Um diese im Rahmen der ASV zu verhindern, ist der Bedarf nach koordinierter Überleitung gegeben. Die vulnerable Phase der Entwicklung und des Bedarfes sieht den Entwicklungszeitraum von 16-21 Jahren vor. Die Koordination der Überleitung sollte von einem der Kernteammitglieder unterstützend koordiniert werden. Des Weiteren ist der berufsrechtliche</p> | <p>GKV-SV: s.o.</p> |
|---|---|---------------------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| gibt es bisher keine Abbildung im EBM. | Rahmen für die Mitbehandlung von Patienten durch fachfremde Leistungen dann zulässig, wenn sie von einem Facharzt nicht überwiegend durchgeführt werden. Dieser zeitaufwändige Prozess ist bisher im EBM nicht abgebildet. | |
|--|--|--|

258

259 **3.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**260 **3.2.3.1 Personelle Anforderungen**

261 Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden die Regelungen zu den
 262 personellen Anforderungen in der ASV-RL der neuen Teamgestaltung angepasst, obgleich
 263 das Spektrum an Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

264 **a) Teamleitung und b) Kernteam**

265

| | |
|---|---|
| <p>KBV</p> <p>Neben einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinderrheumatologie, die/der auch Teamleiter ist, gehören Fachärztinnen und Fachärzte der Fachgruppen Augenheilkunde und Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie dem Kernteam an, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter die spezielle Expertise für die Diagnostik und Behandlung durch Fachärzte dieser Fachdisziplinen im Vordergrund steht.</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Neben einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinderrheumatologie, die/der auch Teamleiter ist, gehören Fachärztinnen und Fachärzte der Fachgruppe Augenheilkunde dem Kernteam an, da bei einem Teil der rheumatologischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter deren spezielle Expertise für die Diagnostik und Behandlung im Vordergrund steht.</p> |
|---|---|

266

267 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

| GKV-SV | KBV | DKG zum FA f. Nuklearmedizin |
|---|--|--|
| <p>Es gibt eine Vielzahl rheumatologischer Erkrankungen, welche neben Entzündungen an den Gelenken auch Blutgefäße oder Organe schädigen können. Aufgrund dieser Bandbreite an möglichen Erkrankungssymptomen ist es erforderlich, dass in der ASV auf eine Vielzahl an Fachärzten zurückgegriffen wird. Gleichzeitig variieren die Symptome allerdings von Patient zu Patient (selbst bei gleicher Diagnose), sodass eine regelhafte Einbindung weiterer Fachärzte neben den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie in das Kernteam unzweckmäßig erscheint.</p> | <p>Für folgende Fachdisziplinen, die bereits in der ABK-Richtlinie benannt sind, wurde eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie, - Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie - Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie, - Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut - Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie. - Radiologie. | <p>Für Patienten im Kindes- und Jugendalter gilt der gleiche Behandlungsumfang wie für erwachsene Patienten, sofern diese Prozeduren bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen. Dies schließt ebenfalls nuklearmedizinische Leistungen wie die Radiosynoviorthese und Szintigraphie ein. Auch wenn diese im Kindes- und Jugendalter nur selten Anwendung finden, kann es im Rahmen der Transition von der Jugend- zur Erwachsenenmedizin erforderlich sein, dass diese Verfahren auch durch Mitglieder eines ausschließlich auf Kinder und Jugendliche ausgerichtetes ASV-Team erbracht werden</p> |
| <p>Um für eine Auswahl der hinzuzuziehenden Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf für einen Teil der Patienten erforderlich ist, dennoch die Möglichkeit zur umfangreichen Mit- und Weiterbehandlung zu gewährleisten, kann als Besonderheit der Konkretisierung „rheumatologische Erkrankungen“ eine entsprechende Überweisung durch das Kernteam erfolgen.</p> | <p>Ergänzt wurde die dritte Ebene um folgende Facharztgruppen, die auf Grund der Weiterentwicklung in der</p> | |
| <p>Diesen Ärzten steht ein größerer</p> | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Behandlungsumfang (u. a. die Grundpauschalen) gegenüber einer Überweisung als Zielauftrag zur Verfügung.</p> <p>Voraussetzung für die Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung ist die namentliche Benennung der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte, insofern gelten für diese Fälle die Regelungen nach § 2 Absatz 2 Sätze 5 und 7 der ASV-RL nicht.</p> | <p>Medizin und spezieller Verfahren (z.B. spezielle humangenetische Untersuchungen, differenzierte Gerinnungsdiagnostik, histologische und zytologische Untersuchungen) für erforderlich gehalten werden und auch in Teil 1 Erwachsene verortet sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, - Humangenetik - Innere Medizin und Angiologie, - Laboratoriumsmedizin, - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Pathologie <p>Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden Änderungen wie nachfolgend dargestellt vorgenommen:</p> <p>Die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird ergänzt um die Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, um diese Fachgruppen, v.a. für die Behandlung älterer Jugendlicher, nicht von der ASV auszuschließen.</p> <p>Die Fachgruppen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Innere Medizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung Endokrinologie wird nicht im ASV-Team gesehen, da nur in sehr seltenen Erkrankungsfällen von einem Überweisungserfordernis an diese Fachdisziplinen auszugehen ist.</p> | |
|--|---|--|

268

269

270

| | |
|---|--------------------------------|
| <p>PatV</p> <p>Insbesondere beim Blau-Syndrom ist die Mitwirkung eines Humangenetikern notwendig, damit die entsprechenden Laboruntersuchungen erfolgen.</p> <p>DKG</p> <p>Laut Empfehlungen nationaler (AWMF) Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sind insbesondere im Rahmen der Diagnostik und Differentialdiagnostik der Krankheitsbilder der Sarkoidose (ICD-10 Code D86.8) und des hereditären Mittelmeerfiebers (ICD-10 Code E85.0) humangenetische Untersuchung notwendig.</p> | <p>GKV-SV streichen</p> |
|---|--------------------------------|

271

272 3.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

273 Bezüglich der auch für Erwachsene geltenden Regelungen zu den sächlichen und
 274 organisatorischen Anforderungen wird auf die Ausführungen in Teil 1 verwiesen.

275

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV und KBV</p> <p>Durch eine entsprechende Kooperation zwischen dem jeweiligen ASV-Team und einem geeigneten Krankenhaus, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt, wird sichergestellt, dass bereits vor Eintreten einer möglichen Notfallsituation für die Patientin bzw. den Patienten Versorgungs- und Planungssicherheit gewährleistet wird. Der Patient kann somit beim Auftreten von Beschwerden außerhalb der Erreichbarkeitszeiten des ihm vertrauten ASV-Teams zeitnah das ihm bereits zu Beginn der Behandlung in der ASV mitgeteilte Kooperationskrankenhaus aufsuchen.</p> <p>Bei ASV-Teams, welche sich sowohl aus Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch aus Ärztinnen und Ärzten eines Krankenhauses rekrutieren bzw. allein aus Krankenhausärzten bestehen, kann die 24-Stunden-Notfallversorgung auch durch Kooperation mit dem Krankenhaus des ASV-Teams sichergestellt werden.</p> | <p>PatV</p> <p>Die betroffenen Kinder bedürfen einer spezialärztlichen Versorgung. Der Gesundheitszustand der Kinder kann sich in kürzester Zeit dramatisch verschlechtern. Bei Komplikationen in der Therapie muss sofort entschieden werden können.</p> <p>DKG</p> <p>Gemäß der ABK-RL wurde auch für die Umsetzung in die ASV zur Sicherung der spezialisierten ambulanten Versorgung der rheumatologischer Patienten eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft durch ein Mitglied des Kern-Teams übernommen. Diese umfasst auch die Möglichkeiten eines Notfalls-Labors und der erforderlichen Bildgebung, um zeitnah kritische Therapieentscheidungen treffen zu können</p> |
|--|---|

276

277 **3.2.3.3 Dokumentation**

278 Die Dokumentation beinhaltet die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen
 279 zur Diagnosesicherheit. Nach ärztlichem Berufsrecht, bürgerlichem Recht,
 280 Strahlenschutzrecht etc. bestehen Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der
 281 ärztlichen Dokumentation.

| | |
|---|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>Die Kerndokumentation von Befunden rheumakranker Kinder und Jugendlicher (Kinder-KD) ist ein bundesweit eingesetztes und anerkanntes Verfahren, Krankheitsspektrum, Krankheitslast, Medikation und sonstige therapeutische Maßnahmen (wie z.B. Physiotherapie) zu erfassen. Da die Kinder-KD sich in den letzten Jahren als anerkanntes Instrument der rheumatologischen Versorgungsforschung etabliert hat, stellt sie einen wesentlichen Teil des Dokumentationsablaufs dar. Von der Arzt- und Patientenfragebögen sollen insbesondere zwei Erwähnung finden:</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen steht für die rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkungen der standardisierte, qualitätsgesicherte Fragebogen Childhood Health Assessment Questionäre (=CHAQ) zur Verfügung.</p> <p>Der JADAS-10 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score) ist ein aus vier Variablen zusammengesetzter Aktivitätsscore für Patienten mit juveniler idiopathischer Arthritis.</p> | <p>DKG und KBV</p> <p>Die Dokumentation beinhaltet dementsprechend die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprüfen zu können. Die Angabe der relevanten Scores dient ausschließlich der Verlaufskontrolle der Therapie, jedoch nicht der Indikationsstellung zur Behandlung in der ASV-Versorgung.</p> |
|---|---|

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

285 **3.2.3.4 Mindestmengen**

286 Eine Mindestmenge wird bei Kindern und Jugendlichen in dieser erkrankungsspezifischen
 287 Regelung nicht festgelegt.

288 **3.2.4 Überweisungserfordernis**

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

| | |
|--|---|
| <p>GKV-SV</p> <p>Da in der ASV auch bei rheumatologischer</p> | <p>DKG</p> <p>Die Patienten mit einer Erkrankung aus dem</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>Erkrankungen zukünftig Patientinnen und Patienten mit nicht schweren Verlaufsformen 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>rheumatoiden Formkreis sind auf eine rasche Diagnosestellung wie auch auf eine abgestimmte interdisziplinäre Behandlung angewiesen. Da es sich um einen chronischen und zum Teil schubweisen Krankheitsverlauf und um eine längere Versorgung der Patienten im ambulanten Bereich handelt, ermöglicht die ASV den Patienten ein spezialisiertes Team über die zumeist lange und durchgängige ambulante Versorgung und Überwachung. In der ABK-RL hatte man den besonderen Erfordernissen in der Rheumatologie 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-Bereich auf 1 Jahr nach Erstüberweisung festgelegt sein. 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>KBV</p> <p>Die Überweisung in den ASV-Bereich kann laut ASV-Richtlinie für ein oder mehrere Quartale erfolgen. Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. Da Rheumatologische Erkrankungen häufig in Schüben verlaufen und Patienten, die z. B. mit Medikamenten gut eingestellt sind, keiner ständigen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, ist es sinnvoll, jeweils nach 2 Quartalen zu überprüfen, ob eine Behandlung in der ASV weiterhin erforderlich ist.</p> | |

292
293
294
295
296
297
298
299

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.

300 **3.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

301 Anmerkung: Es ist vorgesehen, den Appendix nach Beschlussfassung zum
302 Beschlussentwurf gesondert in ein Stellungsverfahren zu geben.

303 **4 Bürokratiekostenermittlung**

304 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten
305 für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren
306 jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe
307 von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

308 **5 Verfahrensablauf**

309 Am T.Monat JJJJ begann die AG ASV mit der Beratung zur Erstellung des
310 Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im

311 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende
312 **Tabelle**)

| Datum | Beratungsgremium | Inhalt/Beratungsgegenstand |
|--------------------|-------------------------|---|
| 21. März 2013 | Plenum | Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL |
| 12. Januar 2015 | AG ASV | Beratung eines ersten Beschlussentwurfs |
| 11. Februar 2015 | Unterausschuss ASV | Beratung zum Anpassungsbedarf der ASV-RL |
| 23. Februar 2015 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs Beratung der Aufträge des Unterausschusses ASV vom 11. Februar 2015 |
| 16. März 2015 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zum Vorgehen zur Erstellung des Appendix „rheumatologische Erkrankungen“ |
| 23. März 2015 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 30. April 2015 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 10. Juni 2015 | UA ASV | Sachstandsbericht und Beratung zum weiteren Vorgehen Zurückstellung der Beratungen zu Rheuma wg. GKV-VSG |
| 19. Februar 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 15. März 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs und der ICD-Liste „rheumatologische Erkrankungen“ |
| 19. April 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 26. April 2016 | AG ASV-RL Appendix | Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs |
| 10. Mai 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 14. Juni 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 15. Juni 2016 | UA ASV | Sachstandsbericht |
| 30. Juni 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs |
| 12. Juli 2016 | AG ASV | Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe |
| 20. Juli 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs |
| 17. August 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs |
| 23. August 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs |
| 24. August 2016 | AG ASV-RL-Appendix | Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs |
| 21. September 2016 | UA ASV | Einleitung des Stellungnahmeverfahrens ohne Appendizes |
| 29. September 2016 | AG ASV | |
| 12. Oktober 2016 | AG ASV | Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen |
| 20. Oktober 2016 | AG ASV-RL-Appendix | |
| 25. Oktober 2016 | AG ASV-RL-Appendix | |

| | | |
|-------------------------|---------------|--|
| 2. November 2016 | AG ASV | Auswertung Stellungnahmen |
| 9. November 2016 | UA ASV | ggf. Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und der Anhörung, Beschlussempfehlung an das Plenum |
| 17. November 2016 | AG ASV | |
| 15. Dezember 2016 | Plenum | vorauss. Beschlussfassung |

313 (Tabelle Verfahrensablauf)

314 6 Stellungnahmeverfahren

315 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den
316 Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten
317 Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des
318 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante
319 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 b (Rheumatologische
320 Erkrankungen) Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des
321 Beschlusses berührt sind.

322 Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **21. September 2016** wurde das
323 Stellungnahmeverfahren am **26. September 2016** eingeleitet. Die den
324 stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**.
325 Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **24. Oktober 2016**.

326 Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die
327 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz
328 und die Informationsfreiheit legten ihre Stellungnahmen fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor
329 (**Anlage 5**). Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem
330 Eingangsdatum in **Anlage 6** dokumentiert.

331 Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **T. Monat**
332 **JJJJ** vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ**
333 durchgeführt (**Anlage 6**).

334 Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der/den
335 stellungnahmeberechtigten Organisation/Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat**
336 **JJJJ** zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl.
337 **Anlage 6**).

338

339 7 Fazit

340 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen,
341 die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 b zu
342 ändern.

343 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

344

345 8 Literaturverzeichnis

346

- 347 1. **Balink H, Bennink RJ, van Eck-Smit BL, Verberne HJ.** The role of 18F-FDG
348 PET/CT in large-vessel vasculitis: appropriateness of current classification criteria?
349 Biomed Res Int 2014;2014:687608.
- 350 2. **de Boysson H, Liozon E, Lambert M, Parienti JJ, Artigues N, Geffray L, et al.**
351 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography and the risk of subsequent
352 aortic complications in giant-cell arteritis: A multicenter cohort of 130 patients.
353 Medicine (Baltimore) 2016;95(26):e3851.
- 354 3. **Genth E.** Patientenschulung in der Rheumatologie - eine Übersicht. Z Rheumatol
355 2008;67(3):199-205.
- 356 4. **Hedrich CM, Hahn G, Girschick HJ, Morbach H.** A clinical and pathomechanistic
357 profile of chronic nonbacterial osteomyelitis/chronic recurrent multifocal osteomyelitis
358 and challenges facing the field. Expert Rev Clin Immunol 2013;9(9):845-854.
- 359 5. **Krumrey-Langkammerer M, Haas JP.** Wertigkeit der Speicheldrüsen-Sonografie bei
360 Sjögrensyndrom im Kindes- und Jugendalter. Ultraschall in Med 2015;36(S01):A349.
- 361 6. **Lee YH, Choi SJ, Ji JD, Song GG.** Diagnostic accuracy of 18F-FDG PET or PET/CT
362 for large vessel vasculitis : A meta-analysis. Z Rheumatol 2015.
- 363 7. **Puppo C, Massollo M, Paparo F, Camellino D, Piccardo A, Shoushtari Zadeh
364 Naseri M, et al.** Giant cell arteritis: a systematic review of the qualitative and
365 semiquantitative methods to assess vasculitis with 18F-fluorodeoxyglucose positron
366 emission tomography. Biomed Res Int 2014;2014:574248.
- 367 8. **Speth F, Wellinghausen N, Haas JP.** Medikamentöse Prophylaxe während
368 intensivierter Immunsuppression bei Kindern und Jugendlichen. Teil 2. Z Rheumatol
369 2013;72(9):896-909.
- 370 9. **Speth F, Wellinghausen N, Haas JP.** Vorsorgeuntersuchungen während
371 intensivierter Immunsuppression bei Kindern und Jugendlichen. Teil 1. Z Rheumatol
372 2013;72(8):814-821.
- 373 10. **ter Haar NM, Oswald M, Jeyaratnam J, Anton J, Barron KS, Brogan PA, et al.**
374 Recommendations for the management of autoinflammatory diseases. Ann Rheum
375 Dis 2015;74(9):1636-1644.
- 376 11. **Yamashita H, Kubota K, Mimori A.** Clinical value of whole-body PET/CT in patients
377 with active rheumatic diseases. Arthritis Res Ther 2014;16(5):423.
- 378

379 9 Zusammenfassende Dokumentation

380 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

381 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

382 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter
383 Beschlussentwurf gemäß dem vom Unterausschuss am X. Monat 20JJ
384 beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive dem (Entwurf) der
385 Tragenden Gründe

386 Anlage 4: Stellungnahmen der ... und zum Beschlussentwurf gemäß dem vom
387 Unterausschuss am X. Monat 20JJ beschlossenen Stellungnahmeverfahren
388 der ...und Rückmeldungen der ... und ...

389 Anlage 5: Auswertung der Stellungnahmen gemäß dem vom Unterausschuss am X.
390 Monat 20JJ beschlossenen Stellungnahmeverfahren inklusive
391 stenographisches Wortprotokoll zur Anhörung

392 Berlin, den T. Monat JJJJ

393 Gemeinsamer Bundesausschuss
394 gemäß § 91 SGB V
395 Der Vorsitzende

396

397 Prof. Hecken

398

399



Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

SEITE 2 VON 2 Aus datenschutzrechtlicher Sicht besteht hier ein detaillierterer Regelungsbedarf unter expliziter Benennung der datenschutzrechtlichen Normen. Ich empfehle, dies nicht in den Tragenden Gründen, sondern im Beschlussentwurf selbst zu verorten.

An der bereits terminierten Anhörung am 09.11.2016 werde ich nicht teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Frau
Karola Pötter-Kirchner
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
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, 21. Oktober 2016

Vorstand:
Dr. Dietrich Munz
Präsident
Dr. Nikolaus Melcop
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehdorfer
Vizepräsident
Dr. Andrea Benecke
Dipl.-Psych. Wolfgang Schreck

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

**Stellungnahmerecht der BPTK gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V, hier: ASV-RL § 116b SGB V
Anlage 1.1 Buchstabe b „rheumatologische Erkrankungen“
und Anlage 2 Buchstabe b „Mukoviszidose“**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihre Schreiben vom 26. September 2016 und die damit verbundene Gelegenheit, zu den oben genannten Sachverhalten Stellung zu nehmen. In der Anlage erhalten Sie die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer. An der Anhörung am 9. November 2016 wird Frau **Dr. Tina Wessels (wissenschaftliche Referentin)** teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'T. Harfst', is written over a light blue horizontal line.

Timo Harfst
Stellvertretender Geschäftsführer

Anlage

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE60 3006 0601 0005 7872 62



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

Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

Anlage 2 Buchstabe b Mukoviszidose

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
21. Oktober 2016**

Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) verzichtet auf eine Stellungnahme zu Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen, wird sich jedoch zum Appendix äußern, in dem auch die Leistungen der hinzuzuziehenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festlegt werden und für den ein gesondertes Stellungnahmeverfahren vorgesehen ist.

Anlage 2 Buchstabe b Mukoviszidose

Die BPTK begrüßt, dass aufgrund der hohen psychischen Belastung von Patienten mit Mukoviszidose und ihren Angehörigen neben den entsprechenden Fachärzten auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Gruppe der hinzuzuziehenden Fachärzte zählen. Im Appendix, der auf der Basis der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) die Leistungen beschreibt, die für die jeweilige Arztgruppe zum Leistungsumfang im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gehören, besteht jedoch aus Sicht der BPTK Änderungs- und Ergänzungsbedarf.

Appendix des Beschlusssentwurfs „Mukoviszidose“ Anlage 2b) ASV-RL mit dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für das 3. Quartal 2016

- **Nicht antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen**

Im Appendix „Mukoviszidose“ sind alle nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Gesprächsziffern der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten enthalten. Diese umfassen für alle genannten Berufsgruppen Gesprächsleistungen als Einzelbehandlung (Ziffern 14220, 21220, 22220, 22221, 23220) und teilweise auch in der Gruppe (Ziffern 14221, 21221, 22222).

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), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Ziffern 14220, 14221) und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ziffern 22221 und 22222) unbegrenzt erbracht werden können, ist die antragsfreie psychotherapeutische Gesprächsziffer der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Ziffer 23220) nur bis zu 15-mal im Behandlungsfall erbringbar, das sind 150 Minuten im Quartal. Zudem gibt es – im Gegensatz zu den Facharztgruppen Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten bzw. die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Ziffer zur Erbringung antragsfreier psychotherapeutischer Gesprächsleistungen in der Gruppe (siehe auch Tabelle 1).

Tabelle 1: Überblick über die nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Gesprächsziffern der verschiedenen Arztgruppen, die in den Appendix „Mukoviszidose“ aufgenommen wurden

| Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie | | Abrechenbarkeit |
|---|--|--------------------------------|
| 21220 | Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzel) | unbegrenzt |
| 21221 | Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Gruppe) | unbegrenzt |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | | |
| 14220 | Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung | unbegrenzt |
| 14221 | Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen (Gruppenbehandlung) | unbegrenzt |
| Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | | |
| 22220 | Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) | max. 15-mal im Behandlungsfall |
| 22221 | Psychosomatisches Gespräch (Einzelbehandlung) | unbegrenzt |
| 22222 | Psychotherapeutisch-medizinische Behandlung (Gruppe) | unbegrenzt |
| 35110 | Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen | unbegrenzt |
| Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | | |
| 23220 | Psychotherapeutisches Gespräch (Einzel) | max. 15-mal im Behandlungsfall |
| Nur ärztliche Psychotherapeuten mit einer Qualifikation gemäß § 5 Absatz 6 Psychotherapie-Verordnung | | |
| 35110 | Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen | unbegrenzt |

Nach dem Appendix wird zwar davon ausgegangen, dass auch ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechtigt sind, psychosomatische Leistungen (Ziffern 35100 und 35110) antragsfrei abzurechnen, das ist jedoch sachlich falsch. Gemäß EBM dürfen nur ärztliche Psychotherapeuten mit einer Qualifikation gemäß § 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung Leistungsinhalte gemäß Ziffern 35100 und 35110 abrechnen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind nicht berechtigt, diese Leistungen zu erbringen. Hieraus folgt, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (und ärztliche Psychotherapeuten, sofern sie nicht über die erforderliche Qualifikation gemäß § 5 Absatz 6 Psychotherapie-Vereinbarung verfügen) auf der Basis der bestehenden GOP des EBM psychotherapeutische Einzelgespräche maximal im Umfang von 15 x 10 Minuten pro Behandlungsfall und keine psychotherapeutischen Gruppeninterventionen erbringen können. Art und Umfang der psychotherapeutischen Beratung und Betreuung im Rahmen der ASV hängen für die Patienten somit unter anderem 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.

Die BPTK schlägt deshalb – unter Verweis auf die gleichlautende Ziffer in den Appendizes der Anlage zu den gastrointestinalen und zu den gynäkologischen Tumoren – vor, folgende Leistung bzw. Ziffer für die Psychologischen und ärztlichen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs) sowie zusätzlich eine Ziffer zur Erbringung von psychotherapeutischen Gesprächen in der Gruppe aufzunehmen:

- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall,
- Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung).



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Anlage 4 der Tragenden Gründe

Berlin, 24.10.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

www.baek.de

**Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit**

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Karola Pötter-Kirchner
Wegelystr. 8
10623 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Änderung der Richtlinie ambulante
spezialfachärztliche Versorgung n. § 116b SGB V (ASV-RL): Anlage 1.1 Buchstabe b
rheumathologische Erkrankungen**

Ihr Schreiben vom 26.09.2016

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit. Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stellungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angelegenheit keinen Gebrauch machen.

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 1.1 – Buchstabe b rheumatologische
Erkrankungen

Berlin, 24.10.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 26.09.2016 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) mit Anlage 1.1 – Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen, aufgefordert.

Der G-BA regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Die ASV-RL regelt die Anforderungen an die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisierenden Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen seit Inkrafttreten des GKV-VSG ohne Einschränkung auf schwere Verlaufsformen), seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten sollen.

Mit der vorliegenden Anlage zur ASV-RL sollen der krankheitsspezifische Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung für rheumatologische Erkrankungen konkretisiert werden.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer möchte sich auf eine Anmerkung zum Abschnitt 3.1 b) (Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität / Personelle Anforderungen / Kernteam) beschränken.

Hier gibt es im Entwurf der Anlage zur Richtlinie den Vorschlag, unter anderem Fachärzte für „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ als obligat für das Kernteam vorzusehen.

Die Bundesärztekammer möchte hierzu zu bedenken geben, dass die bundesweit der Versorgung zur Verfügung stehenden Anzahl orthopädischer Rheumatologen geringer sein dürfte als die Anzahl internistischer Rheumatologen. Hinzu kommt eine regional unterschiedliche Verteilung der Orthopäden und Unfallchirurgen mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie innerhalb Deutschlands. Dies könnte dazu führen, dass eine bundesweite Etablierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für rheumatologische Erkrankungen nicht durchführbar wäre.

Die Bundesärztekammer empfiehlt daher, Orthopäden und Unfallchirurgen mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie als fakultative Gruppe des Behandlungsteams vorzusehen.

Berlin, 24.10.2016



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



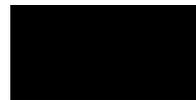
Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
Deutsche Apotheker- und
Ärztbank Berlin
BLZ 100 906 03
Kto.-Nr. 0 001 088 769

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

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

Ihre Nachricht vom
26.09.2016



Datum
24. Oktober 2016

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses:
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den zuständigen Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung übersandten Unterlagen für eine Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer zu der geplanten Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen.

Die Bundeszahnärztekammer verzichtet auf die Möglichkeit der Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme.

Für Ihre Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

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

Stand: 10.11.2016

**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 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen**

Anlage 5 der Tragenden Gründe

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 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

Anlage 5 der Tragenden Gründe

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 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

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) | 21. Oktober 2016 | Stellungnahme |
| Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) | 21. Oktober 2016 | Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird |
| Bundesärztekammer (BÄK) | 24. Oktober 2016 | Stellungnahme |

Anlage 5 der Tragenden Gründe

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 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 2. November 2016 vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 9. November 2016 durchgeführt.

| Lfd. Nr. | Stellungnehmende Organisation (Datum) | Inhalt der Stellungnahme | Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. November 2016) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i> |
|----------|--|--|--|
| 1. | Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), 21.10.2016 | | |
| 1.1 | BfDI (21.10.2016) | <p>Nach dem Beschlussentwurf werden in Teil 1: Erwachsene unter Ziffer 3.3 und in Teil 2: Kinder und Jugendliche unter Ziffer 3.3 Dokumentationspflichten zu den Befunden (strittiger Punkt), den Behandlungsmaßnahmen sowie den veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages definiert. Regelungen, wie und wo die Dokumentation zu erfolgen hat und welche Zugriffsberechtigungen erforderlich und damit zulässig sind, werden hier nicht getroffen. In den Tragenden Gründen wird unter Ziffer 2.2.3.3 lediglich allgemein aufgeführt, dass nach ärztlichem Berufsrecht, bürgerlichem Recht, Strahlenschutzrecht etc. Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation bestehen.</p> <p>Aus datenschutzrechtlicher Sicht besteht hier ein de-</p> | <p>Teil Erwachsene; Teil Kinder und Jugendliche</p> <p>Der UA nimmt die STN der BfDI zur Kenntnis und weist zusätzlich auf § 14 ASV-RL hin, in der weiteres zur Dokumentation geregelt ist</p> <p>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 der Richtlinie stehen würde. Von einer weiteren Konkretisierung durch den G-BA wird abgesehen, damit die unterschiedlichen Voraussetzungen vor Ort berücksichtigt werden können.</p> <p>Konsequenz: Keine Änderung am Beschlussentwurf erforderlich.</p> |

Anlage 5 der Tragenden Gründe

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 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

| Lfd. Nr. | Stellungnehmende Organisation (Datum) | Inhalt der Stellungnahme | Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. November 2016) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum |
|-----------------|--|---|--|
| | | taillierterer Regelungsbedarf unter expliziter Benennung der datenschutzrechtlichen Normen. Ich empfehle, dies nicht in den Tragenden Gründen, sondern im Beschlussentwurf selbst zu verorten. | |
| 2. | Bundesärztekammer (BÄK), 24.10.2016 | | |
| 2.1 | BÄK (24.10.2016) | <p>Die Bundesärztekammer möchte sich auf eine Anmerkung zum Abschnitt 3.1 b) (Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität / Personelle Anforderungen / Kernteam) beschränken.</p> <p>Hier gibt es im Entwurf der Anlage zur Richtlinie den Vorschlag, unter anderem Fachärzte für „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ als obligat für das Kernteam vorzusehen.</p> <p>Die Bundesärztekammer möchte hierzu zu bedenken geben, dass die bundesweit der Versorgung zur Verfügung stehenden Anzahl orthopädischer Rheumatologen geringer sein dürfte als die Anzahl internistischer Rheumatologen. Hinzu kommt eine regional unterschiedliche Verteilung der Orthopäden und Unfallchirurgen mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheu-</p> | Der UA nimmt die Stellungnahme der BÄK zur Kenntnis |

Anlage 5 der Tragenden Gründe

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 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

| Lfd. Nr. | Stellungnehmende Organisation (Datum) | Inhalt der Stellungnahme | Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. November 2016) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum |
|-----------------|--|---|--|
| | | <p>matologie innerhalb Deutschlands. Dies könnte dazu führen, dass eine bundesweite Etablierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für rheumatologische Erkrankungen nicht durchführbar wäre.</p> <p>Die Bundesärztekammer empfiehlt daher, Orthopäden und Unfallchirurgen mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie als fakultative Gruppe des Behandlungsteams vorzusehen.</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) | 25. Oktober 2016 | Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird |

Anlage 5 der Tragenden Gründe

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 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 26. September 2016 eingeladen bzw. im Unterausschuss ASV angehört:

| Organisation | Einladung zur Anhörung angenommen | An Anhörung teilgenommen: |
|---|--|----------------------------------|
| Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) | nein | nein |
| Bundesärztekammer (BÄK) | nein | nein |
| Bundeszahnärztekammer (BZÄK) | nein | nein |
| Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) | nein | nein |