

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

Vom 19. Dezember 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Aufbau	2
2.2	Zu den Regelungen im Einzelnen:.....	3
2.2.1	Konkretisierung der Erkrankung	3
2.2.2	Behandlungsumfang	3
2.2.3	Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	4
2.2.3.1	Personelle Anforderungen.....	4
2.2.3.2	Sächliche und organisatorische Anforderungen	6
2.2.3.3	Dokumentation.....	6
2.2.3.4	Mindestmengen	6
2.2.4	Überweisungserfordernis.....	7
2.2.5	Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)	7
3.	Bürokratiekostenermittlung	10
4.	Verfahrensablauf	10
5.	Stellungnahmeverfahren	11
6.	Fazit	11
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	11

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). Zur Umsetzung dieses Regelungsauftrags hat der G-BA die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) beschlossen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL regelt die Anforderungen, 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 für die Ergänzung dieser Anlage waren dabei die bereits bestehenden Anlagen in der ASV-RL zu seltenen Erkrankungen. Entgegen dem üblichen Vorgehen existieren für die Sarkoidose keine Regelungen in der Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL), die für die Beratungen als Ausgangspunkt hätten dienen können. Im Jahr 2011 wurden die diesbezüglichen Beratungen zu immunologischen Erkrankungen (einschließlich der Sarkoidose) nicht abgeschlossen, da zum 1. Januar 2012 die Neufassung des § 116b SGB V in Kraft trat und somit keine weiteren Regelungen für die ABK-RL beschlossen werden konnten. Die seinerzeit nicht abgeschlossenen Beratungen wurden für die Erarbeitung dieser Anlage gleichwohl ebenfalls berücksichtigt.

2.1 Aufbau

Die Gliederung der Anlagen wurde im Grundsatz aus den bisher in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL übernommen. Der Behandlungsumfang wird nun differenziert nach Diagnostik, Behandlung und Beratung dargestellt.

Die Anlage 2 e) Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ist 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 Behandlungsumfanges anhand des EBM)

2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:

2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose.

2.2.2 Behandlungsumfang

Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V hat der G-BA den Behandlungsumfang zu bestimmen.

Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine Aufzählung der möglichen Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die eine Patientin oder ein Patient in der ASV erwarten kann. Die vollständige und abschließende Aufzählung der Leistungen sowie die Zuordnung zu den an der ASV beteiligten Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzogen. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend aufgeführt. Die Leistungen außerhalb des EBM werden ergänzend benannt.

Diagnostik

Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen erfolgte im Grundsatz in Anlehnung an die bisher in Kraft getretenen Regelungen der ASV-RL Anlage 2. Darüber hinaus wurden erkrankungsspezifische diagnostische Maßnahmen, insbesondere augenärztliche, bildgebende, endoskopische, immunhämatologische, (immun-)histologische, labormedizinische, lungenfunktionsanalytische, neurophysiologische und kardiologische Untersuchungen aufgenommen.

Kernspintomographien des Herzens können in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Gebührenordnungsposition 34430 (MRT-Untersuchung des Thorax) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet werden, soweit neben den allgemeinen Abrechnungsvoraussetzungen in der Präambel 34.4 die obligaten Leistungsinhalte dieser Gebührenordnungspositionen erfüllt werden. Die Untersuchung des Thorax hat als obligaten Leistungsinhalt u.a. die Darstellung des Mediastinums und/oder der Lunge. Hiervon ist das Herz als Teil des Mediastinums erfasst. Gemäß Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen im EBM dürfen Gebührenordnungspositionen nur berechnet werden, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde. Auch das Bundessozialgericht ist bereits in seiner Entscheidung vom 11.10.2006 (Az.: B 6 KA 1/05 R) davon ausgegangen, dass MRT-Untersuchungen des Herzens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und nach der Gebührenordnungsposition 34430 EBM abgerechnet werden können. Mit Urteil vom 02.04.2014 (Az.: B 6 KA 24/13 R) hat das Bundessozialgericht diese grundsätzliche Einschätzung unter Verweis auf die Entscheidung vom 11.10.2006 nochmals bestätigt.

Behandlung

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

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.

Der Behandlungsumfang erfolgte im Übrigen in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL.

Beratung

Der Behandlungsumfang zur Beratung erfolgte in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL.

Eine Beratung der Patientinnen und Patienten soll auch für das Verhalten bei einer akuten Verschlechterung oder in Notfallsituationen durchgeführt werden.

Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. 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.

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind, wurden aufgenommen:

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

Die Diagnose einer klinisch relevanten, kardialen Manifestation einer Sarkoidose ist oftmals schwierig und sollte auf einem gestuften Algorithmus aufbauen.

Untersuchungen mit PET;PET/CT stellen eine Option bildgebender Verfahren bei der Suche nach einer kardialen Organbeteiligung dar, wenn andere diagnostische Verfahren nicht aufschlussreich sind oder wenn ein Kardio-MRT kontraindiziert ist. Sie können in diesem Rahmen wichtige Hinweise für weitere Therapieentscheidungen liefern. Diese Methode soll zukünftig für Patientinnen und Patienten mit bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose ermöglicht werden, wenn unklare kardiale Symptome oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-EKG neu auftreten. Liegt ein Verdacht auf Sarkoidose vor, kann sie bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter durchgeführt werden. Bei Verdachtsdiagnosen wurde die Untersuchungsmethode für Patientinnen und Patienten „*im jüngeren Lebensalter*“ aufgenommen, da wissenschaftlich belegt der Großteil von plötzlichen Herztodesfällen vor allem bei körperlich aktiven Menschen im jüngeren bis mittleren Lebensalter mit dem Maximum im Alter zwischen 15 und 35 Jahren auftritt. Um die Behandlung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht zu stark zu limitieren, wurde bewusst von einer harten Abgrenzung von Altersgruppen abgesehen.

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

Die Regelungen zu den personellen Anforderungen wurden entsprechend der bisherigen Anlagen der ASV-RL in ihrer Struktur grundsätzlich übernommen und spezifisch für die Sarkoidose definiert. Die Sarkoidose kann sich ubiquitär im Körper als granulomatöse Entzündung manifestieren, deren Diagnose und Abgrenzung zu weiteren Erkrankungen schwierig sein kann. In Abwägung dieser Aspekte wurden Fachgruppen in die verschiedenen Ebenen des ASV-Teams aufgenommen.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin und Rheumatologie

Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen. In diesen Fachdisziplinen ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht diesen Fachgruppen auf diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, die Leitungsfunktion.

b) **Kernteam**

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie vorgesehen, da die Expertise eines Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist.

Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikationen möglich, falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie verfügbar ist und somit die Teambildung erschwert würde.

Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen.

c) **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

Folgende Facharztgruppen wurden der dritten Ebene des ASV-Teams zugeordnet:

- Augenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder

eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie als Teammitglied oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie benannt werden.

2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Die Regelungen wurden entsprechend der bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL grundsätzlich in den Beschluss übernommen.

Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass unter anderem eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozialen Beratungsangeboten“. Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung in Ziffer 3.2 c) wurde aus fachlichen Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Fachärztin oder ein Facharzt Rufbereitschaft leisten muss. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die 24-Stunden-Erreichbarkeit der Fachärzte für ihre Patientinnen und Patienten bereits gelebte Praxis.

2.2.3.3 Dokumentation

Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV.

Die Dokumentation beinhaltet dementsprechend die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprüfen zu können. Die Angabe des ICD-Kodes ist obligat.

Unabhängig hiervon sind die aufgrund anderer Rechtsvorschriften (zum Beispiel ärztliches Berufsrecht, bürgerliches Recht, Strahlenschutzrecht) bestehenden Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation einzuhalten.

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.

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 Sarkoidose 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.

Die Mindestmengenregelung wurde analog zu anderen erkrankungsspezifischen Regelungen gewählt. Dabei hat sich der G-BA an der festgelegten Mindestmenge von 50 je Einrichtung für andere seltenen Erkrankungen wie die pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose orientiert,

die auf Expertenmeinungen beruht. Dahingehend wird auch für die Anlage Sarkoidose eine Mindestmenge von 50 festgelegt.

Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen. Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

2.2.4 Überweisungserfordernis

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

Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV.

2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

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

Der Appendix ist in zwei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend in Abschnitt 1 benannt. Ergänzend werden in Abschnitt 2 die Leistungen aufgeführt, die zum Behandlungsumfang der ASV zählen und bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben bzw. Bestandteil von Pauschalen sind.

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

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

Grundlage für den Ziffernkranz bei Sarkoidose ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2019 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2019

Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten

Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung unterjährig Anpassungsbedarf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den Regelungsbereich des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zur abschließenden Änderung des Appendix durch den G-BA ggf. entsprechende Übergangsvorschriften festzulegen.

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

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

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

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

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

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

Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

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

Die Versicherten- und Grundpauschalen wurden den Mitgliedern des Kernteams arztgruppenspezifisch zugeordnet.

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

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

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

Die Leistungen des ambulanten Operierens (Kapitel 31, Abschnitte 1 bis 5) unterliegen nicht der ASV sondern sind nach § 115b SGB V geregelt.

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

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

Prinzipieller Umgang mit Leistungen, die nicht an Patientinnen bzw. an Patienten, sondern an Untersuchungsmaterialien erbracht werden wie z. B. Laborleistungen.

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

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose in Frage kommen.

Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

Die Konkretisierung sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und Betreuung sowie die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten vor.

Die psychotherapeutischen Fachgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und können somit nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

Abschnitt 2:

Die in Abschnitt 2 des Appendix benannten Verfahren sind für Erkrankungen der vorliegenden Konkretisierung derzeit nicht im EBM enthalten bzw. Bestandteil von Pauschalen.

3. 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 93.414 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 401.850 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 5. Dezember 2018 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 28. Mai 2019 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 14 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
26. September 2018	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ASV-RL
5. Dezember 2018	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
15. Januar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
28. Februar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
19. März 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
25. April 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Mai 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Mai 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
5. Juni 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
30. Juli 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
13. August 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
28. August 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

5. September 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
25. September 2019	UA ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren
31. Oktober 2019	AG ASV	Vorbereitung Stellungnahmeverfahren
5. November 2019	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitung Stellungnahmeverfahren
13. November 2019	UA ASV	Auswertung Stellungnahmeverfahren
19. Dezember 2019	Plenum	Beschlussfassung

5. 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 2 e) Sarkoidose Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **25. September 2019** wurde das Stellungnahmeverfahren am **30. September 2019** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **28. Oktober 2019**.

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit haben auf ihr Stellungnahmerecht verzichtet. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum 28. Oktober 2019 vor. Die eingereichte Stellungnahme und die Rückmeldungen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **31. Oktober 2019** vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **13. November 2019** durchgeführt (**Anlage 5**).

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **19. Dezember 2019** beschlossen, die ASV-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 e) inklusive der Tragenden Gründe

Anlage 4: Rückmeldungen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer, Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer

Anlage 5: Auswertung der Stellungnahme

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

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 2 der ASV-RL zu seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen um Buchstabe e) Sarkoidose 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 Sarkoidose) 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.

Es wird davon ausgegangen, dass für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens je Team ein zeitlicher Aufwand von 65,75 Stunden (3.945 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	240
Beschaffung von Daten	1.950
Aufbereitung der Daten	120
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	90
Externe Sitzungen	1.440
Kopieren, Archivieren, Verteilen	30
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	60
Insgesamt:	3.945

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.

Hinsichtlich des Zeitaufwands für interne Sitzungen wird davon ausgegangen, dass bei jedem der drei Kernteamärzte ein Aufwand von 30 Minuten entsteht; für externe Sitzungen wird der Zeitaufwand auf acht Stunden je Kernteamarzt geschätzt.

Zusätzlich entstehen im Rahmen des Anzeigeverfahrens externe Kosten in Form von Anwaltskosten im Zuge des Abschlusses von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Ärzten eines ASV-Teams. Hierbei ist davon auszugehen, dass je nach den konkreten Gegebenheiten der daraus resultierende anwaltliche Beratungsbedarf stark divergiert. Es sind Fälle denkbar, in denen für den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarungen kein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, sondern eigene Ressourcen vorhanden sind, in anderen Fällen wird ein umfänglicher Beratungsbedarf angezeigt sein. Da an dieser Stelle gewisse Unsicherheiten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Rechtsanwälten besteht, wird im Sinne einer vereinfachten Schätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von 2,5 Stunden je Team entsteht. Wird für die Vergütung des Anwaltes ein Stundensatz von 58,80 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 147 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 20,30 Euro je Team (14 x 1,45 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 3.672 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 Landeskrankenhausesellschaft 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 42 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 14 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 14,70 Euro.

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	14
Kopieren, Archivieren, Verteilen	28
Insgesamt:	42

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 142,13 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 8,00 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 24,00 Euro (3 x 8,00 Euro) jährlich. Bei insgesamt 14 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 336 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

Standardaktivität	Minutenwert je Vertretungsfall
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 1,05 Euro. Bei geschätzt 10.000 Patienten mit Sarkoidose, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 10.500 Euro pro Jahr¹.

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

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

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

Standardaktivität	Minutenwert je Kernteamarzt	Minutenwert je Kernteam
Beschaffung von Daten	50	150
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	3
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	6
Insgesamt:	53	159

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 50 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 159 Minuten resultiert. Diese Schätzung stellt eine allgemeine

¹ Bei einer Fallzahl von rund 20.000 Patienten in Deutschland und unter der Annahme, dass hiervon rund die Hälfte im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergibt sich eine Fallzahl von geschätzt 10.000 Patienten jährlich.

Annäherung dar. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Einrichtungen eine aufwandsärmere Umsetzung zum Beispiel mit Hilfe von Software möglich ist.

Bei entsprechend hohem Qualifikationsniveau entstehen jedem Kernteam hieraus jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 141,25 Euro.

7. Zusammenfassung

In der folgenden Tabelle 6 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	3.672,00	einmalig
Meldung nach Zulassung	14,70	einmalig
Neubesetzung	142,13	je neu zu besetzendes Mitglied
Vertretung	336,00	jährlich
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,05	je Patient
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	141,25	jährlich

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

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle potentiell in Frage kommenden Teams ihre Teilnahme an der ASV bereits im ersten Geltungsjahr dieser Richtlinienkonkretisierung anzeigen werden. Aufgrund einer gesetzlichen Übergangsfrist sowie des notwendigen zeitlichen Vorlaufs werden voraussichtlich erst nach Ablauf von zwei bis drei Jahren alle interessierten Teams ihre Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Hinsichtlich der Anzahl der sich bildenden Teams kann bei einer unterstellten jährlichen Patientenzahl von 10.000 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 50 Patienten je (Kern-) Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 200 Teams ausgegangen werden (10.000/50). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 19 Teams ausgegangen (bisherige Zulassungen nach § 116b SGB V a.F., vgl. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 257). Da die genaue Entwicklung der Teamzahlen schwer zu prognostizieren ist, wird für die nachstehend aufgeführte Abschätzung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Tabelle 8) ein Durchschnittswert aus der genannten Ober- und Untergrenze herangezogen und von voraussichtlich 109 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Annahme: 109 Teams)

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	400.248
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	20.012
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.602
Meldung nach Zulassung (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	80,10

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 109 Teams x 14 Ärzte = 1.526, davon 5% = 76 Ärzte)	10.802
Vertretung (jährlich)	36.624
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 10.000 Patienten)	10.500
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	15.396
Summe einmalige Bürokratiekosten	401.850
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	93.414

Insgesamt resultieren aus den genannten Informationspflichten unter der Annahme von 109 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 93.414 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 401.850 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

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

Stand: 27.09.2019

Vom 19. Dezember 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BAz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt geändert am XX. Monat 20JJ (BAz AT TT.MM.20JJ B5), wie folgt zu ändern:

I. In Anlage 2 wird nach Buchstabe c folgender Buchstabe e eingefügt:

„e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen

Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

GKV-SV, DKG, PatV D86.- Sarkoidose	KBV D86.- Sarkoidose (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr)
--	--

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheteruntersuchung)

- 34 Herzfunktionsdiagnostik
- 35 – Anamnese
- 36 – Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Augenhintergrunduntersuchung, Visus-
- 37 und Refraktionsbestimmung, Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Perimetrie,
- 38 Schirmertest, Augendruckmessung)
- 39 – Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,

GKV-SV Kardio-MRT,	DKG KBV, PatV <i>[hier streichen]</i>
------------------------------	---

- 40 nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 41 – Endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren
- 42 – Körperliche Untersuchung
- 43 – Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik, Serologischer
- 44 und mikrobiologischer Nachweis von Krankheitserregern einschließlich gegebenenfalls
- 45 Resistenzbestimmung
- 46 – Liquordiagnostik
- 47 – Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen
- 48 bei Patienten entnommenen Materials
- 49 – Neurophysiologische Untersuchungen
- 50 – Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 51 – Punktionen und Biopsien

52 Behandlung

- 53 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 54 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 55 – Behandlung in Notfallsituationen
- 56 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 57 Behandlungsfolgen
- 58 – Einleitung der Rehabilitation
- 59 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 60 – Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 61 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 62 – Schmerztherapie

63 Beratung

- 64 – zu Diagnostik und Behandlung
- 65 – zu Ernährung
- 66 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 67 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 68 – zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 69 – zu Rehabilitationsangeboten

- 70 – zu Sexualität und Familienplanung
- 71 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 72 – zu Verhalten in Notfallsituationen

73 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs
 74 (EBM) sind:

DKG, PatV	KBV	GKV-SV
<ul style="list-style-type: none"> – Kardio-MRT 	<ul style="list-style-type: none"> – Kardio-MRT zur Abklärung einer kardialen Organbeteiligung einer Sarkoidose <ul style="list-style-type: none"> - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-EKG, - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und Verdacht auf Sarkoidose. 	<p><i>[hier streichen]</i></p>

75

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
<ul style="list-style-type: none"> – PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden: <ul style="list-style-type: none"> - bei Verdacht auf einen kardialen Befall, wenn ein kardiales MRT keinen Aufschluss über die Verdachtsdiagnose auf eine kardiale Sarkoidose geben konnte, - bei Verdacht auf eine Neurosarkoidose, wenn die Diagnostik in einem anderen Organ klinisch nicht zu sichern ist und auch das MRT keine Sicherung der Diagnose erlaubt, - bei fortschreitender Lungensarkoidose mit radiologischen Anzeichen von Fibrose zur Bestimmung der antiinflammatorischen oder antifibrotischen Therapierichtung, - bei Verdacht auf diffusen Knochenbefall oder zur Suche nach okkulten Befunden zum Beispiel im Rahmen einer Fieberepisode 	<ul style="list-style-type: none"> – PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-DOTA-NOC bei den für die kardiale MRT geltenden Indikationen als komplementäre Diagnostik zu einem unklaren kardialen MRT-Befund oder wenn ein kardiales MRT kontraindiziert ist.

76

77 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

78 **3.1 Personelle Anforderungen**

79 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose erfolgt durch ein
80 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

81 **a) Teamleitung**

- 82 – Innere Medizin und Pneumologie oder
- 83 – Innere Medizin und Rheumatologie

GKV-SV, PatV	DKG	KBV
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.	Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie <u>oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin</u> benannt werden.	<i>[streichen]</i>

84 **b) Kernteam**

- 85 – Innere Medizin und Pneumologie
- 86 – Innere Medizin und Rheumatologie

GKV-SV, PatV	DKG	KBV
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen. <u>Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.</u>	Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie <u>oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin</u> zu benennen.	<i>[streichen]</i>

87 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 88 – Augenheilkunde
- 89 – Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 90 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 91 – Innere Medizin und Kardiologie
- 92 – Laboratoriumsmedizin
- 93 – Neurologie
- 94 – Nuklearmedizin

- 95 – Pathologie
- 96 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 97 oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
- 98 ärztlicher Psychotherapeut
- 99 – Radiologie

GKV-SV, DKG, PatV	KBV
<p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie als Teammitglied benannt werden.</p>	<p><i>[streichen]</i></p>

100

101 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

103 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
104 Einrichtungen besteht:

- 105 – Transplantationszentren (Lunge)
- 106 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 107 mit sozialen Beratungsangeboten
- 108 – Physikalische Therapie

109 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

110 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer
111 oder einem der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht:

- 112 – Innere Medizin und Pneumologie
- 113 – Innere Medizin und Rheumatologie

114 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche
115 bildgebende Diagnostik.

116 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

117 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
118 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
119 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen
120 bereitgehalten werden.

121 **3.3 Dokumentation**

122 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
123 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die
124 Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu
125 dokumentieren.

126

127 **3.4 Mindestmengen**

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.</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 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>Eine Mindestmenge wird mangels wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p>
--	--

128 **4 Überweisungserfordernis**

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

131 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
132 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
133 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
134 Überweisungserfordernis.

135 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

136 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)**137 **Präambel**

138 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
139 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
140 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
141 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
142 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
143 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
144 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2019 zu Änderungen
145 des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2019.

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

148 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
149 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
150 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

151 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
152 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
153 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „Sarkoidose“

154
155
156

Legende

0
1

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

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

157
158
159

[Appendix ‚Sarkoidose‘ mit Abschnitt 1 und Abschnitt 2 gemäß Anlage 2 der Beratungsunterlagen hier einfügen]

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

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

164 Berlin, den 19. Dezember 2019

165 Gemeinsamer Bundesausschuss
166 gemäß § 91 SGB V
167 Der Vorsitzende

168

169 Prof. Hecken

Appendix des Beschlusentwurfs "Erkrankungsgruppe 1: Sarkoidose" Anlage 2 e) ASV-RL mit
 - Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)) für das 4. Quartal 2019
 - Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

Stand: 27.09.2019

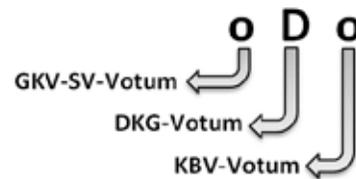
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt "Abschnitt 1" ist das Ergebnis aus der Verkettung aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

- 1. Stelle: GKV-SV
- 2. Stelle: DKG
- 3. Stelle: KBV



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 sind dissent
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Bänke nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.

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



1 **Tragende Gründe**

2 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen** 3 **Bundesausschusses über eine Änderung der** 4 **Richtlinie ambulante spezialfachärztliche** 5 **Versorgung § 116b SGB V:** 6 **Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e** 7 **schwerwiegende immunologische Erkrankungen** 8 **– Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**

9 **Legende:**

10 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

12
13 **Stand:** 27.09.2019

14
15 **Vom** 19. Dezember 2019

16 **Inhalt**

17		
18	1. Rechtsgrundlage	3
19	2. Eckpunkte der Entscheidung.....	3
20	2.1 Aufbau	3
21	2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:.....	4
22	2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung	4
23	2.2.2 Behandlungsumfang	4
24	2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	7
25	2.2.3.1 Personelle Anforderungen.....	7
26	2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen	9
27	2.2.3.3 Dokumentation.....	9
28	2.2.3.4 Mindestmengen	10
29	2.2.4 Überweisungserfordernis.....	11
30	2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)	11
31	3. Bürokratiekostenermittlung.....	14
32	4. Verfahrensablauf	14
33	5. Stellungnahmeverfahren.....	15
34	6. Fazit	15
35	7. Literaturverzeichnis.....	16

36	8. Zusammenfassende Dokumentation.....	16
37		
38		

39 1. Rechtsgrundlage

40 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in
 41 einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Zur
 42 Umsetzung dieses Regelungsauftrags hat der G-BA die Richtlinie über die ambulante
 43 spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante
 44 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) beschlossen.

45 2. Eckpunkte der Entscheidung

46 Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL regelt die Anforderungen, die
 47 grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisierenden Erkrankungen mit besonderen
 48 Krankheitsverläufen (für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen seit
 49 Inkrafttreten des GKV-VSG ohne Einschränkung auf schwere Verlaufsformen), seltenen
 50 Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie
 51 hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten.

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

56 Ausgangspunkt für die Ergänzung dieser Anlage waren dabei die bereits bestehenden
 57 Anlagen in der ASV-RL zu seltenen Erkrankungen. Entgegen dem üblichen Vorgehen
 58 existieren für die Sarkoidose keine Regelungen in der Richtlinie des G-BA über die ambulante
 59 Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL), die für die Beratungen als Ausgangspunkt hätten
 60 dienen können. Im Jahr 2011 wurden die diesbezüglichen Beratungen zu immunologischen
 61 Erkrankungen (einschließlich der Sarkoidose) nicht abgeschlossen, da zum 1. Januar 2012
 62 die Neufassung des § 116b SGB V in Kraft trat und somit keine weiteren Regelungen für die
 63 ABK-RL beschlossen werden konnten. Die seinerzeit nicht abgeschlossenen Beratungen
 64 wurden für die Erarbeitung dieser Anlage gleichwohl ebenfalls berücksichtigt.

65 2.1 Aufbau

66 Die Gliederung der Anlagen wurde im Grundsatz aus den bisher in Kraft getretenen Anlagen
 67 der ASV-RL übernommen. Der Behandlungsumfang wird nun differenziert nach Diagnostik,
 68 Behandlung und Beratung dargestellt.

69 Die Anlage 2 e) Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ist wie folgt gegliedert:

- 70 1. Konkretisierung der Erkrankung
- 71 2. Behandlungsumfang
 - 72 • Diagnostik
 - 73 • Behandlung
 - 74 • Beratung
- 75 3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
 - 76 3.1 Personelle Anforderungen
 - 77 a) Teamleitung
 - 78 b) Kernteam
 - 79 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
 - 80 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

- 81 3.3 Dokumentation
- 82 3.4 Mindestmengen
- 83 4. Überweisungserfordernis
- 84 5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

85 **2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:**

86 **2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung**

87 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
88 mit Sarkoidose.

89

KBV ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Die Behandlung von Kindern ist bereits in der Anlage „Rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“ abgebildet.	GKV-SV, DKG, PatV <i>[streichen]</i>
--	--

90

91 **2.2.2 Behandlungsumfang**

92 Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V hat der G-BA den Behandlungsumfang zu bestimmen.

93 Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine
94 Aufzählung der möglichen Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die eine
95 Patientin oder ein Patient in der ASV erwarten kann. Die vollständige und abschließende
96 Aufzählung der Leistungen sowie die Zuordnung zu den an der ASV beteiligten
97 Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzogen. Soweit die Leistungen
98 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden
99 Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend aufgeführt. Die Leistungen außerhalb des
100 EBM werden ergänzend benannt.

101 **Diagnostik**

102 Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen erfolgte im Grundsatz in Anlehnung an die
103 bisher in Kraft getretenen Regelungen der ASV-RL Anlage 2. Darüber hinaus wurden
104 erkrankungsspezifische diagnostische Maßnahmen, insbesondere augenärztliche,
105 bildgebende, endoskopische, immunhämatologische, (immun-)histologische,
106 labormedizinische, lungenfunktionsanalytische, neurophysiologische und kardiologische
107 Untersuchungen aufgenommen.

GKV-SV Kernspintomographien des Herzens können in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Gebührenordnungsposition 34430 (MRT-Untersuchung des Thorax) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet werden, soweit neben den allgemeinen Abrechnungsvoraussetzungen in der Präambel 34.4 die obligaten Leistungsinhalte dieser Gebührenordnungspositionen erfüllt werden. Die Untersuchung des Thorax hat als obligaten Leistungsinhalt u.a. die Darstellung des Mediastinums und/oder der Lunge. Hiervon ist das Herz als Teil des Mediastinums erfasst. Gemäß Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen im EBM dürfen Gebührenordnungspositionen nur berechnet werden, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde. Auch das Bundessozialgericht ist bereits in seiner Entscheidung vom 11.10.2006 (Az.: B 6 KA 1/05 R) davon ausgegangen, dass MRT-Untersuchungen des Herzens im Rahmen der	DKG, KBV, PatV <i>[hier streichen]</i>
---	--

vertragsärztlichen Versorgung erbracht und nach der Gebührenordnungsposition 34430 EBM abgerechnet werden können. Mit Urteil vom 02.04.2014 (Az.: B 6 KA 24/13 R) hat das Bundessozialgericht diese grundsätzliche Einschätzung unter Verweis auf die Entscheidung vom 11.10.2006 nochmals bestätigt.	
---	--

108

109 **Behandlung**

110 Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen,
111 Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß
112 Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen
113 und von Behandlungsspätfolgen.

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

121 Der Behandlungsumfang erfolgte im Übrigen in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen
122 Anlagen der ASV-RL.

123 **Beratung**

124 Der Behandlungsumfang zur Beratung erfolgte in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen
125 Anlagen der ASV-RL.

126 Eine Beratung der Patientinnen und Patienten soll auch für das Verhalten bei einer akuten
127 Verschlechterung oder in Notfallsituationen durchgeführt werden.

128 Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Durch die
129 Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen, die für seine
130 Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des Patienten bleibt
131 bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von Patienten- bzw.
132 Selbsthilfeorganisationen hin.

133 **Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen**
134 **Bewertungsmaßstabes (EBM) sind, wurden aufgenommen:**

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

DKG, PatV, KBV

Die Herz-MRT ist ein bildgebendes Verfahren zur zielgenauen Untersuchung des Herzens. Als differentialdiagnostisch wertvolles Diagnoseverfahren ist das Kardio-MRT für Patienten völlig strahlungsfrei und liefert unter anderem Bewegtbilder des Herzens und der herznahen Gefäße in dreidimensionaler Darstellung. Die fachliche Bewertung dieser insbesondere funktionellen magnetresonanztomografischen Befunde kann zur Diagnosestellung, Schweregradabschätzung des Krankheitsbildes sowie einhergehender Funktionsstörungen beitragen und auch die Auswahl von gegebenenfalls weiteren notwendigen medikamentösen oder

GKV-SV

[hier streichen]

<p>interventionellen Therapien erleichtern. Sie geht damit über die rein morphologische Darstellung hinaus.</p> <p>Insbesondere für die Sarkoidose ist die funktionelle Kardio-MRT unter bestimmten Fragestellungen eine sinnvolle Ergänzung zur Abklärung einer kardialen Organbeteiligung.</p>	
--	--

141

DKG, PatV	GKV-SV	KBV
<p>Untersuchungen mit PET;PET/CT stellen eine weitere Option bildgebender Verfahren bei der Suche nach Organbeteiligung dar, wenn andere diagnostische Verfahren nicht aufschlussreich sind. Auch wenn der alleinige Nachweis eines Organbefalls noch keine Therapieindikation darstellen muss, spricht die Beteiligung des Herzens sowie des ZNS für die Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Des Weiteren ist die biopsische Sicherung der Sarkoidose vor allem bei der Erstdiagnose anzustreben. Insbesondere Untersuchungen mit PET;PET/CT können in diesem Rahmen wichtige Hinweise für weitere Therapieentscheidungen liefern und werden in den Behandlungsumfang aufgenommen.</p> <p>Bei fortschreitender (progressiver) Lungensarkoidose (in der internationalen Nomenklatur Sarkoidose Typ IV genannt, ca. 10 % der Sarkoidose-Patienten), wo im Röntgen oder CT bereits Fibrose zu sehen ist, wurde mangels serologischen Aktivitätsparameter zur Therapieentscheidung und Nachweis der Therapiewirksamkeit das PET/CT als sinnvolle Aktivitätsmessung nachgewiesen. Damit wird</p>	<p>Die Diagnose einer klinisch relevanten, kardialen Manifestation ist oftmals schwierig und sollte auf einem Algorithmus aufbauen. Entsprechend der sozialrechtlichen Vorgaben sind zunächst geeignete vertragliche Untersuchungsverfahren zum Nachweis eines Organbefalles auszuschöpfen. Die Forderung einer geeigneten vorherigen Diagnostik umfasst unter anderem Sonographie, CT, MRT, Echokardiographie und die hochauflösende Computertomographie („high-resolution computed tomography“, HRCT).</p>	<p>Die Diagnose einer klinisch relevanten, kardialen Manifestation einer Sarkoidose ist oftmals schwierig und sollte auf einem gestuften Algorithmus aufbauen.</p> <p>Untersuchungen mit PET;PET/CT stellen eine Option bildgebender Verfahren bei der Suche nach einer kardialen Organbeteiligung dar, wenn andere diagnostische Verfahren nicht aufschlussreich sind. Diese können in diesem Rahmen wichtige Hinweise für weitere Therapieentscheidungen liefern.</p>

eine Einschätzung möglich, ob bei Sarkoidose Typ IV die entzündlichen Prozesse in der Lunge oder die fibrotischen Prozesse überwiegen[1,2,3,4,5].		
---	--	--

142 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

143 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

144 Die Regelungen zu den personellen Anforderungen wurden entsprechend der bisherigen
 145 Anlagen der ASV-RL in ihrer Struktur grundsätzlich übernommen und spezifisch für die
 146 Sarkoidose definiert. Die Sarkoidose kann sich ubiquitär im Körper als granulomatöse
 147 Entzündung manifestieren, deren Diagnose und Abgrenzung zu weiteren Erkrankungen
 148 schwierig sein kann. In Abwägung dieser Aspekte wurden Fachgruppen in die verschiedenen
 149 Ebenen des ASV-Teams aufgenommen.

150 **a) Teamleitung**

- 151 - Innere Medizin und Pneumologie oder
- 152 - Innere Medizin und Rheumatologie

GKV-SV, PatV	DKG	KBV
<p>Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen.</p> <p>In diesen Fachdisziplinen ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht diesen Fachgruppen auf diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, die Leitungsfunktion.</p>	<p>Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen.</p> <p>In diesen Fachdisziplinen ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht diesen Fachgruppen auf diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, die Leitungsfunktion.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit den Zusatz-Weiterbildungen Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Kinder- und Jugend-Rheumatologie bestehen, ist die</p>	<p><i>[streichen]</i></p>

	Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikation möglich.	
--	---	--

153 **b) Kernteam**

154 – Innere Medizin und Pneumologie

155 – Innere Medizin und Rheumatologie

GKV-SV, KBV, PatV	DKG	KBV
<p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie vorgesehen, da die Expertise eines Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechnete Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikationen möglich, falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie verfügbar ist und somit die Teambildung erschwert würde.</p>	<p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen, da die Expertise eines Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechnete Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie bestehen und damit die Teambildung erschwert würde, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikation möglich.</p>	<p><i>[streichen]</i></p>

156 Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen
 157 und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden
 158 werden müssen.

159 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

160 Folgende Facharztgruppen wurden der dritten Ebene des ASV-Teams zugeordnet:

161 – Augenheilkunde

162 – Haut- und Geschlechtskrankheiten

- 163 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 164 – Innere Medizin und Kardiologie
- 165 – Laboratoriumsmedizin
- 166 – Neurologie
- 167 – Nuklearmedizin
- 168 – Pathologie
- 169 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 170 oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
- 171 ärztlicher Psychotherapeut
- 172 – Radiologie
- 173

GKV-SV, DKG, PatV	KBV
<p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie als Teammitglied oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie benannt werden.</p>	<p><i>[streichen]</i></p>

174

175 **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

176 Die Regelungen wurden entsprechend der bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL
 177 grundsätzlich in den Beschluss übernommen.

178 Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet
 179 werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass unter
 180 anderem eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie zum Beispiel. Sozialdienst oder
 181 vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu
 182 der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozialen
 183 Beratungsangeboten“. Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten
 184 bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit
 185 bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der
 186 Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapierlevanten Informationsaustausch
 187 ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht
 188 eingeschränkt.

189 Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung in Ziffer 3.2 c) wurde aus fachlichen
 190 Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Fachärztin
 191 oder ein Facharzt Rufbereitschaft leisten muss. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die
 192 24-Stunden-Erreichbarkeit der Fachärzte für ihre Patientinnen und Patienten bereits gelebte
 193 Praxis.

194 **2.2.3.3 Dokumentation**

195 Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine
 196 Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV.

- 197 Die Dokumentation beinhaltet dementsprechend die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das
 198 Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung
 199 überprüfen zu können. Die Angabe des ICD-Kodes ist obligat.
- 200 Unabhängig hiervon sind die aufgrund anderer Rechtsvorschriften (zum Beispiel ärztliches
 201 Berufsrecht, bürgerliches Recht, Strahlenschutzrecht) bestehenden Pflichten zu Inhalt,
 202 Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation einzuhalten.
- 203 **2.2.3.4 Mindestmengen**
- 204 Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die
 205 gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus.
- 206

GKV-SV, KBV, PatV	DKG
<p>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 Sarkoidose 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.</p> <p>Die Mindestmengenregelung wurde analog zu anderen erkrankungsspezifischen Regelungen gewählt. Dabei hat sich der G-BA an der festgelegten Mindestmenge von 50 je Einrichtung für andere seltenen Erkrankungen wie die pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose orientiert, die auf Expertenmeinungen beruht. Dahingehend wird auch für die Anlage Sarkoidose eine Mindestmenge von 50 festgelegt.</p> <p>Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen. Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser</p>	<p>Von der Festlegung einer Mindestmenge wird abgesehen, da nicht hinreichend feststeht, dass hierdurch eine deutliche Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse erreicht werden kann. Die Anwendung einer Mindestmengenregelung ist bereits im Ansatz auf solche Bereiche der Versorgung beschränkt, bei denen sie einen für die Versorgung substantiellen eigenständigen Beitrag zur Verwirklichung des in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V umschriebenen Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen - nicht erreichbar erscheinen (Bundessozialgericht, Ur. v. 12.09.2012, B 3 KR 10/12 R).</p> <p>Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne (vgl. BSG, Ur. v. 18.12.2012, B 1 KR 34/12 R), so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.</p> <p>Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung</p>

<p>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 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>von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose entwickelt wird.</p>
--	---

207 **2.2.4 Überweisungserfordernis**

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

210 Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine
211 Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV.

212 **2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

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

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

220 Der Appendix ist in zwei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen
221 Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden
222 Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend in Abschnitt 1 benannt. Ergänzend werden
223 in Abschnitt 2 die Leistungen aufgeführt, die zum Behandlungsumfang der ASV zählen und
224 bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben bzw. Bestandteil von Pauschalen sind.

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

233 Welche Fassung des EBM bei der Erstellung des Ziffernkranzes herangezogen wurde, ist
234 jeweils in der Präambel zum Appendix benannt.

235 Grundlage für den Ziffernkranz bei Sarkoidose ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)
236 einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1
237 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des
238 ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum
239 30. Juni 2019 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2019

240 Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum
241 Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten
242 Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch
243 den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9
244 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
245 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

246 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix.
247 Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a
248 SGB V im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob
249 sich aus Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall
250 Hinweise an den G-BA erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung
251 unterjährig Anpassungsbedarf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den
252 Regelungsbereich des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis
253 zur abschließenden Änderung des Appendix durch den G-BA ggf. entsprechende
254 Übergangsvorschriften festzulegen.

255 **Abschnitt 1:**

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

257 Erstellt wurde eine Liste mit allen Gebührenordnungspositionen (GOP), die im
258 Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der erkrankungsspezifischen Regelungen in Frage
259 kommen können. Hierbei handelt es sich um die dem Appendix zugrundeliegende Auflistung
260 der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil
261 des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für die
262 jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang. Durch den Einschluss der relevanten
263 GOP soll – insbesondere im Zusammenhang mit einer spezialfachärztlichen Behandlung
264 schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder – eine umfassende Versorgung innerhalb der
265 ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte Wechsel zwischen ASV- und Regelversorgung
266 vermieden werden.

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

271 **Die Definition der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Appendix erfolgte analog** 272 **dem Aufbau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):**

273 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

274 Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des
275 Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den erkrankungsspezifischen
276 Regelungen vorgesehen sind, die z. B. Koordination der Behandlung, Verfassen von
277 Gutachten oder Erstellen von Kurplänen betreffen, sind innerhalb des EBM im Bereich II
278 abgebildet. Die entsprechenden GOP wurden dem Kernteam zugeordnet, da dieses gemäß
279 § 3 ASV-RL die Aufgabe hat, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen
280 und Patienten fachlich und organisatorisch zu steuern.

281 Ausgewählte GOP aus diesem Bereich wurden auch hinzuzuziehenden Fachärztinnen und
282 Fachärzten arztgruppenspezifisch zugeordnet.

283 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

284 Arztgruppenspezifische Leistungen des Bereichs III des EBM wurden entsprechend den
285 Vorgaben des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den
286 erkrankungsspezifischen Regelungen identifiziert und den entsprechenden Facharztgruppen
287 der drei Ebenen des ASV-Teams zugeordnet.

288 Die Versicherten- und Grundpauschalen wurden den Mitgliedern des Kernteams
289 arztgruppenspezifisch zugeordnet.

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

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

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

303 Die Leistungen des ambulanten Operierens (Kapitel 31, Abschnitte 1 bis 5) unterliegen nicht
304 der ASV sondern sind nach § 115b SGB V geregelt.

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

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

308 **Prinzipieller Umgang mit Leistungen, die nicht an Patientinnen bzw. an Patienten, sondern an**
309 **Untersuchungsmaterialien erbracht werden wie z. B. Laborleistungen.**

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

312 **Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein**

313 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen
314 ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen
315 und Patienten mit Sarkoidose in Frage kommen.

316 **Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen**

317 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

324 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

325 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

335 Die Konkretisierung sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und
 336 Betreuung sowie die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten vor.
 337 Die psychotherapeutischen Fachgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und können somit
 338 nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

339 **Abschnitt 2:**

340 Die in Abschnitt 2 des Appendix benannten Verfahren sind für Erkrankungen der vorliegenden
 341 Konkretisierung derzeit nicht im EBM enthalten bzw. Bestandteil von Pauschalen.

342 **3. Bürokratiekostenermittlung**

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

347 **4. Verfahrensablauf**

348 Am T. Monat JJJJ begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw.
 349 am T. Monat JJJJ die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des
 350 Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im
 351 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende
 352 Tabelle)

353

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
26. September 2018	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ASV-RL
5. Dezember 2018	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
15. Januar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
28. Februar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
19. März 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
25. April 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Mai 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Mai 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
5. Juni 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
30. Juli 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

13. August 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
28. August 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
5. September 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
25. September 2019	UA ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren
22. Oktober 2019	AG ASV	Vorbereitung Auswertung StnV (Cave: Termin nicht möglich, Rückmeldefrist Stellungnehmende, Nächste Sitzung 28.11 erst nach dem UA)
5. November 2019	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitung Auswertung StnV
13. November 2019	UA ASV	Auswertung StnV
19. Dezember 2019	Plenum	Beschlussfassung

354

355 5. Stellungnahmeverfahren

356 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den
 357 Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten
 358 Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des
 359 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante
 360 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische
 361 Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax) Stellung zu nehmen,
 362 soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

363 Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **T. Monat JJJJ** wurde das
 364 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten
 365 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung
 366 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJJ**.

367 Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die
 368 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz
 369 und die Informationsfreiheit legten ihre Stellungnahmen fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor
 370 (**Anlage 5**). Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem
 371 Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

372 Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **T. Monat JJJJ**
 373 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ**
 374 durchgeführt (**Anlage 5**).

375 Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der/den
 376 stellungnahmeberechtigten Organisation/Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat**
 377 **JJJJ** zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl.
 378 **Anlage 5**).

379 6. Fazit

380 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die
 381 Kurztitel der RL zu ändern.

382 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

383 **7. Literaturverzeichnis**

384 *[Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung*
385 *automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle*
386 *Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und*
387 *6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr*
388 *erfolgen.]*

389 **8. Zusammenfassende Dokumentation**

390 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

391 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

392 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
393 zur Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte Tragenden Gründe

394 Anlage 4: Stellungnahme/n der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die
395 Informationsfreiheit, des Robert Koch-Instituts, der Bundesärztekammer,
396 ...[ggf. mit Schwärzung der personenbezogenen Absenderdaten wie z.B.
397 mitarbeiterbezogene Durchwahlen und E-Mail-Adressen, Kontodaten]

398 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes
399 Wortprotokoll der Anhörung

400 Berlin, den Beschlussdatum

401

402 **Gemeinsamer Bundesausschuss**
403 **gemäß § 91 SGB V**
404 **Der Vorsitzende**

405

406 **Prof. Hecken**

407

- 408 1. **Adams H, Keijsers RG, Korenromp IH, Grutters JC.** FDG PET for gauging of sarcoid
409 disease activity. *Semin Respir Crit Care Med* 2014;35(3):352-361.
- 410 2. **Grunewald J, Grutters JC, Arkema EV, Saketkoo LA, Moller DR, Muller-**
411 **Quernheim J.** Sarcoidosis. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5(1):45.
- 412 3. **Keijsers RG, van den Heuvel DA, Grutters JC.** Imaging the inflammatory activity of
413 sarcoidosis. *Eur Respir J* 2013;41(3):743-751.
- 414 4. **Mostard RL, van Kroonenburgh MJ, Drent M.** The role of the PET scan in the
415 management of sarcoidosis. *Curr Opin Pulm Med* 2013;19(5):538-544.
- 416 5. **Treglia G, Annunziata S, Sobic-Saranovic D, Bertagna F, Caldarella C, Giovanella**
417 **L.** The role of 18F-FDG-PET and PET/CT in patients with sarcoidosis: an updated
418 evidence-based review. *Acad Radiol* 2014;21(5):675-684.

419

Stellungnahme

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung
(ASV-RL) § 116b SGB V**
Anlage 2e) Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

28.10.2019

Änderungsvorschlag zum Appendix des Beschlussentwurfs „Sarkoidose“ Anlage 2e) ASV-RL Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen [GOP] des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]) für das 4. Quartal 2019

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass in Abschnitt 2 des Appendix zur Indikation Sarkoidose die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen aufgenommen wurden (EBM-Ziffern 51030, 51032, 51033). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychischen Belastungen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.

Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nach entsprechendem Auftrag durch das Kernteam zunächst eine diagnostische Abklärung der psychischen Symptomatik und Indikationsstellung erfolgt, um dann gezielt die erforderlichen Maßnahmen veranlassen zu können. Diese diagnostische Abklärung findet nicht im Kernteam der ASV, in dem keine psychotherapeutische Fachexpertise vertreten ist, sondern gemäß der Struktur der ASV auf der dritten Ebene der hinzuziehenden Fachärzte statt. Bei Hinweisen auf eine hohe psychische Belastung wird der Patient vom Kernteam an einen Psychotherapeuten bzw. einen entsprechend qualifizierten Facharzt überwiesen, zu dem gemäß den Anforderungen der ASV-Richtlinie eine strukturierte Kooperation bestehen muss. Dessen Aufgabe ist es dann, eine entsprechende diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Behandlung durchzuführen. Aus diesem Grund hält es die BPtK für sinnvoll, die „Psychotherapeutische Sprechstunde“ (EBM-Ziffer 35151) in den Leistungskatalog der ASV im Abschnitt 1 aufzunehmen.

Die Leistungen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ dienen der zeitnahen diagnostischen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung des Patienten indiziert sind. Sie umfassen maximal 6 x 25 Minuten bei Erwachsenen oder 10 x 25 Minuten bei Kindern und Jugendlichen. Die Erbringung dieser Leistungen im Rahmen der ASV sichert aufgrund der strukturierten Zusammenarbeit, die zwischen Kernteam und hinzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die Patienten und fördert eine zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen aufeinander abgestimmte und koordinierte Versorgung, wie sie ausdrückliches Ziel der ASV ist. Bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen sollte sich im Rahmen der ASV eine psychotherapeutische Akutbehandlung unmittelbar anschließen können. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer sollte daher die „Psychotherapeutische Akutbehandlung“ (EBM-Ziffer 35152) ebenfalls in Abschnitt 1 des



Leistungskatalog der ASV aufgenommen werden. Insbesondere für psychische Krisensituationen, die im Zusammenhang mit dem Krankheits- und Behandlungsverlauf stehen, ist es sinnvoll, die Behandlung in der ASV bzw. im ASV-Team zu verorten, um sowohl den Zugang der Patienten als auch die Kooperation und Abstimmung mit dem Kernteam zu erleichtern.

Sollte sich im Rahmen der Sprechstunde herausstellen, dass keine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, die eine umfassende psychotherapeutische Behandlung im Sinne der Richtlinien-therapie erforderlich macht, eine weitere psychotherapeutische Beratung und Begleitung aber indiziert ist, dann sollte auch diese, wie in dem Beschlussentwurf vorgeschlagen, im Rahmen der ASV erfolgen. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie sollte entsprechend auf die Behandlungsangebote außerhalb der ASV verwiesen werden.



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-██████

FAX (0228) 997799-██████

E-MAIL ████████@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Heinick

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 09.10.2019

GESCHÄFTSZ. ██████████

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

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der ASV-RL: Ergänzung Anlage 2e) Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**

BEZUG Ihr Schreiben vom 30.09.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine Stellungnahme zu diesem Beschlussentwurf gebe ich nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Heinick

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



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 28.10.2019

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456 [REDACTED]
Fax +49 30 400 456 [REDACTED]
E-Mail [REDACTED]@baek.de

Diktatzeichen: [REDACTED]
Aktenzeichen: [REDACTED]

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
Frau Karola Pötter-Kirchner
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Anlage 2e) Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**
Ihr Schreiben vom 30.09.2019

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 30.09.2019, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Erkrankungsgruppe 1
Sarkoidose“ (ASV-RL, Anlage 2e)) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH
Leiter Dezernat 3



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: [REDACTED]@g-ba.de
[REDACTED]@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
30. September 2019

Durchwahl
[REDACTED]

Datum
28. Oktober 2019

**Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zu
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Anlage 2e) Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung
der ASV-Richtlinie: Anlage 2e) Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose.

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt
die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.



Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

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 (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

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 (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	9. Oktober 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	28. Oktober 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird Stellungnahme
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	28. Oktober 2019	Stellungnahme
Bundesärztekammer (BÄK)	28. Oktober 2019	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird Stellungnahme

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 (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 31. Oktober 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 13. November 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. November 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BPtK / 28.10.2019	<p>Änderungsvorschlag zum Appendix des Beschlussentwurfs „Sarkoidose“ Anlage 2e) ASV-RL Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen [GOP] des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]) für das 4. Quartal 2019</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass in Abschnitt 2 des Appendix zur Indikation Sarkoidose die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen aufgenommen wurden (EBM-Ziffern 51030, 51032, 51033). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychischen Belastungen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nach entsprechendem Auftrag durch das Kernteam zunächst eine diagnostische Abklärung der psychischen Symptomatik und Indikationsstellung erfolgt, um dann gezielt die erforderlichen Maßnahmen veranlassen zu können. Diese diagnostische Abklärung findet nicht im Kernteam der ASV, in dem keine psychotherapeutische Fachexpertise vertreten ist, sondern gemäß der Struktur der ASV auf der dritten Ebene der hinzuziehenden Fachärzte statt. Bei Hinweisen auf</p>	<p>Die psychotherapeutische Sprechstunde ist eine Leistung des EBM, die für einen niederschweligen Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung (Erstzugang für Versicherten zur Psychotherapie) geschaffen wurde und der Grundversorgung zugeordnet wird. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob und wie eine Weiterbehandlung erfolgen soll. Für die ASV hat der G-BA geregelt, dass bei bestehender Notwendigkeit dem Patienten ein zeitgerechter Zugang zur psychotherapeutischen Betreuung durch das ASV-Team strukturell gewährleistet wird. Daher ist für die ASV die Aufnahme dieser Leistung in den Behandlungsumfang nicht erforderlich.</p> <p>Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist eine Leistung des EBM, die für einen niederschweligen Zugang zur vertragsärztlichen</p>

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 (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. November 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>eine hohe psychische Belastung wird der Patient vom Kernteam an einen Psychotherapeuten bzw. einen entsprechend qualifizierten Facharzt überwiesen, zu dem gemäß den Anforderungen der ASV-Richtlinie eine strukturierte Kooperation bestehen muss. Dessen Aufgabe ist es dann, eine entsprechende diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Behandlung durchzuführen. Aus diesem Grund hält es die BPTK für sinnvoll, die „Psychotherapeutische Sprechstunde“ (EBM-Ziffer 35151) in den Leistungskatalog der ASV im Abschnitt 1 aufzunehmen.</p> <p>Die Leistungen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ dienen der zeitnahen diagnostischen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung des Patienten indiziert sind. Sie umfassen maximal 6 x 25 Minuten bei Erwachsenen oder 10 x 25 Minuten bei Kindern und Jugendlichen. Die Erbringung dieser Leistungen im Rahmen der ASV sichert aufgrund der strukturierten Zusammenarbeit, die zwischen Kernteam und hinzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die Patienten und fördert eine zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen aufeinander abgestimmte und koordinierte Versorgung, wie sie ausdrückliches Ziel der ASV ist. Bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen sollte sich im Rahmen der ASV eine psychotherapeutische Akutbehandlung unmittelbar anschließen können. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer sollte daher die „Psychotherapeutische Akutbehandlung“ (EBM-Ziffer 35152) ebenfalls in Abschnitt 1 des Leistungskatalogs der ASV aufgenommen werden. Insbesondere für psychische Krisensituationen, die im</p>	<p>Versorgung (Erstzugang für Versicherten zur Psychotherapie) geschaffen wurde. Die Akutbehandlung soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teil- oder vollstationäre Maßnahmen empfohlen werden können. Für die ASV hat der G-BA geregelt, dass bei bestehender Notwendigkeit dem Patienten ein zeitgerechter Zugang zur psychotherapeutischen Betreuung durch das ASV-Team strukturell gewährleistet wird. Daher ist für die ASV die Aufnahme dieser Leistung in den Behandlungsumfang nicht erforderlich.</p>

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 (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. November 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Zusammenhang mit dem Krankheits- und Behandlungsverlauf stehen, ist es sinnvoll, die Behandlung in der ASV bzw. im ASV-Team zu verorten, um sowohl den Zugang der Patienten als auch die Kooperation und Abstimmung mit dem Kernteam zu erleichtern.</p> <p>Sollte sich im Rahmen der Sprechstunde herausstellen, dass keine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, die eine umfassende psychotherapeutische Behandlung im Sinne der Richtlinien-therapie erforderlich macht, eine weitere psychotherapeutische Beratung und Begleitung aber indiziert ist, dann sollte auch diese, wie in dem Beschlussentwurf vorgeschlagen, im Rahmen der ASV erfolgen. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie sollte entsprechend auf die Behandlungsangebote außerhalb der ASV verwiesen werden.</p>	

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 (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 30. September 2019 eingeladen bzw. im Unterausschuss ASV angehört:

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