Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach
§ 116b SGB V

in der Fassung vom 21. März 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1)
in Kraft getreten am 20. Juli 2013

geändert am 16. Dezember 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 29.04.2022 B1)
in Kraft getreten am 30. April 2022

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich ... 4
§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“) ... 4
§ 3 Personelle Anforderungen ... 5
§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen ... 6
§ 5 Behandlungsumfang ... 7
§ 5a Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie ... 8
§ 6 Studienteilnahme ... 9
§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ... 9
§ 8 Überweisungen ... 9
§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung ... 9
§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V ... 10
§ 11 Mindestmengen ... 10
§ 12 Qualitätssicherung ... 10
§ 13 Evaluation ... 10
§ 14 Dokumentation ... 11
§ 15 Patienteninformation ... 11
§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung ... 11

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ... 12

a) onkologische Erkrankungen ... 13
Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle ... 13
Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren ... 22
Tumorgruppe 3: urologische Tumoren ... 33
Tumorgruppe 4: Hauttumoren ... 41
Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax ... 48
Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren ... 55
Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven ... 64
b) rheumatologische Erkrankungen ... 72
Teil 1: Erwachsene ... 72
Teil 2: Kinder und Jugendliche ... 79
c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ... 84

Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ... 89

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen ... 90

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose ... 91

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

b) Mukoviszidose 96
c) Hämophilie 100
d) neuromuskuläre Erkrankungen 105
e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen 110
Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose 110
f) biliäre Zirrhose [unbesetzt] 115
g) primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt] 116
h) Morbus Wilson 117
k) Marfan-Syndrom 121
l) pulmonale Hypertonie 125
o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen 129

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen 133

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

(1) Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage von § 116b Absatz 4 SGB V das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die durch Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 4 SGB V erfolgt.

(2) [1]Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben a und b SGB V in Anlage 1.1,
2. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben c bis i SGB V in Anlage 1.2,
3. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V in Anlage 2 und
4. hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V in Anlage 3.

[2]In den Anlagen werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfordernis geregelt. [3]Für die Ermittlung der in § 116b Absatz 6 Satz 9 und Absatz 8 Satz 1 und 2 SGB V aufgeführten Fristen ist das Inkrafttreten der jeweiligen Beschlussfassungen zu den in den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen maßgeblich.

(3) Das Verfahren zur Ergänzung des Kataloges gemäß § 116b Absatz 5 SGB V richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(4) Soweit sich die Vorschriften in dieser Richtlinie auf Fachärztinnen und Fachärzte beziehen, gelten sie für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(5) Die Bestimmungen der § § 2 bis 15 gelten, soweit in den Anlagen keine abweichende Regelung getroffen ist.

§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

(1) [1]Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte). [2]Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln. [3]Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt ASV-Berechtigter im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.

(2) [1]Die Leistungserbringer haben die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [2]Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gegebenenfalls erforderlich sind. [3]Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß § § 3 und 4 kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

SGB V ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen. [4]Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind namentlich zu benennen. [5]Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend. [6]Berechtigte Leistungserbringer haben bei der Meldung ihrer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 namentlich zu benennen. [7]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

(3) [1]Die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung. [2]Das Ausscheiden ist dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [3]Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams nach § 3 ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [4]Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten ein neues Mitglied gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V zu benennen. [5]Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. [6]Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V unmittelbar mit Ablauf der sechs Monate für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams nicht mehr vor; die Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen.

(4) [1]Zwischen den Mitgliedern des Kernteams gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie besteht für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer ASV-Patientin bzw. eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis. [2]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag).

(5) [1]Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus ist hinsichtlich der in den Anlagen 1.1, 1.2 und 2 genannten Diagnosen zulässig, bei denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf. [2]Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen nur in dem Fachgebiet bzw. Schwerpunkt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

§ 3 Personelle Anforderungen

(1) [1]Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. [2]Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

(2) [1]Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. [2]Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. [3]Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. [4]Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. [5]An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen. [6]Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. [7]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. [8]Ihr Tätigkeitsort für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

(3) [1]Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt. [2]Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. [3]In den indikationsspezifischen Anlagen kann geregelt werden, dass neben den Fachärztinnen und Fachärzten mit spezialisierter Facharztkompetenz auch Fachärztinnen und Fachärzte, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung in dem entsprechenden Fachgebiet seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, zur Teilnahme an der ASV berechtigt sind.

(4) [1]Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus). [2]Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. [3]Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. [4]Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen nach Satz 1 dürfen sie nicht erbringen.

(5) [1]Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. [2]Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gilt: Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.

§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen

(1) [1]Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden in den Anlagen geregelt. [2]Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (zum Beispiel Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, kann dies auch im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. [3]Sofern eine Intensivstation, Notfalllabor oder 24-Stunden-Notfallversorgung vorzuhalten sind, müssen diese in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. [4]Der Einbezug weiterer Berufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Physiotherapeuten ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen und erfolgt auf Verordnung. [5]Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung dieser Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.

(2) [1]Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt. [2]Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. [3]Barrierefreiheit ist anzustreben.

§ 5 Behandlungsumfang

(1) [1]Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen. [2]Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert. [3]Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. [4]Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. [5]Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

(2) [1]Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [2]Für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den Anlagen aufgeführt.

(3) [1]Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V in Papierform. [2]Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren. [3]Für die Voraussetzungen des Anspruchs der Patientin oder des Patienten auf Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des Medikationsplans, für Inhalt und Form des Medikationsplans sowie etwaige Informationspflichten der ASV-Berechtigten gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt der Patientin oder des Patienten gelten in der ASV die Vorgaben des § 29a des Bundesmantelvertrags-Ärzte in der am 1. Januar 2019 geltenden Fassung entsprechend.

[4]Sofern bei einem ASV-Berechtigten die technischen Voraussetzungen für die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans noch nicht vorliegen, hat der ASV- Berechtigte, abweichend von Satz 1 und Satz 2 die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans zu informieren. [5]Die Information über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans soll auch an einen die Patientin oder den Patienten behandelnden Vertragsarzt (sofern vorhanden, den an

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt), der die technischen Voraussetzungen erfüllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese Informationsweitergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden Vertragsarzt.

(4) [1]In der ASV können die Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt sowie digitale (zum Beispiel von der elektronischen Gesundheitskarte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sofern der ASV-Berechtigte die jeweils relevanten (technischen) Voraussetzungen erfüllt. [2]Dazu gehört auch die Durchführung der Videosprechstunde, die als synchrone Kommunikation zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer Patientin oder einem Patienten definiert ist. [3]Sie kann über die der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stehende Ausstattung, gegebenenfalls unter Assistenz, zum Beispiel durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, von in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden. [4]Als Videosprechstunde im Rahmen dieser Richtlinie gilt auch die Kommunikation nach Absatz 4 Satz 2 und 3, die zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer pflegebedürftigen Patientin oder einem pflegebedürftigen Patienten unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren Pflegekräften, die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligt sind (zum Beispiel in einer Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten), durchgeführt wird. [5]Ebenfalls können ärztliche Fallkonferenzen und Fallbesprechungen zur Kommunikation zwischen in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten als Videofallkonferenzen im Rahmen dieser Richtlinie durchgeführt werden. [6]Die Leistungen der Beratung und Behandlung von Patientinnen oder Patienten sowie ärztliche Fallkonferenzen, die auch über Kommunikationsmedien/ Telekommunikationswege durchgeführt werden können, sind im Appendix einer Anlage zur ASV-Richtlinie aufgeführt. [7]Die (technischen) Voraussetzungen ergeben sich aus der Textierung der jeweiligen Leistung, sofern vorhanden gelten für Krankenhäuser die maßgeblichen krankenhausspezifischen Regelungen. [8]Sofern eine Patientin oder ein Patient Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur hat, gelten zudem die Sätze 4 und 5 des Absatzes 3 entsprechend. [9]Die ausschließliche Behandlung und Betreuung einer ASV-Patientin oder eines ASV-Patienten per Videosprechstunde durch ein ASV-Team ist ebenso nicht zulässig wie die ausschließliche Teilnahme eines ASV-Teammitglieds an der ASV mittels Videosprechstunden.

§ 5a Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind für ASV-Berechtigte der Arztgruppen

1. Neurochirurgie
2. Neurologie
3. ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut
4. Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
5. Psychiatrie und Psychotherapie
6. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
8. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

bis zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01433 (Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

23.1) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der mit Wirkung vom 1. Januar 2022 geltenden Fassung des EBM. Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind für ASV-Berechtigte der nicht in Satz 1 festgelegten Arztgruppen bis zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01434 (Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt) des EBM in der mit Wirkung vom 1. Januar 2022 geltenden Fassung.

§ 6 Studienteilnahme

[1]Die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V sollen geeignete Patientinnen und Patienten über nationale und internationale klinischen Studien informieren und ihnen die Teilnahme ermöglichen. [2]Notwendig ist hierzu die Kenntnis relevanter laufender Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über die Studienteilnahme.

§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen erfolgen.

§ 8 Überweisungen

[1]Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.1 sowie von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.2 setzt eine Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. [2]Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt. [3]Abweichend von den Sätzen 1 und 2 besteht für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten kein Überweisungserfordernis. [4]Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen. [5]Die Überweisung zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten wird für die Indikation entsprechend § 1 Absatz 2 ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen soll. [6]Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt informiert die Versicherte oder den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. [7]Der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte informiert die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt und die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. [8]Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen und trägt ein eindeutiges Datum. [9]Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. [10]Näheres wird in den Anlagen geregelt. [11]Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. [12]Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, begründet auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung. [13]In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlage 1.1 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen.

§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung

[1]Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus teilstationär oder

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

stationär erfolgen. [2]Die zu § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung beschlossenen G-AEP-Kriterien gelten entsprechend.

§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

(1) [1]Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt. [2]Für die ASV-Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich. [3]Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. [4]Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. [5]Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß § § 3 und 4 dieser Richtlinie sind hiervon unberührt.

(2) Dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ist eine vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation nach Absatz 1 vorzulegen, es sei denn, eine solche Kooperation kommt nach § 116b Absatz 4 Satz 11 SGB V nicht zustande.

(3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;

b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;

c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

§ 11 Mindestmengen

Das Nähere zu Mindestmengen ist in den Anlagen zu regeln.

§ 12 Qualitätssicherung

[1]Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. [2]Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt. [3]Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

§ 13 Evaluation

[1]Die Ergebnisse der Bewertung der Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach § 116b Absatz 9 SGB V sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

[2]Spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten einer Anlage zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen des jeweiligen Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung des jeweiligen Beschlusses. [3]Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der G-BA dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 14 Dokumentation

[1]Der Umfang der sektorenübergreifend einheitlichen Dokumentationspflichten im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen und der Prozeduren ergibt sich aus den konkretisierenden Anlagen. [2]Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. [3]Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1. [4]Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. [5]Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.

§ 15 Patienteninformation

[1]Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche allgemeine Erläuterungen über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum. [2]Die Information der Patientin bzw. des Patienten ist zu dokumentieren. [3]Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV ist den Patientinnen bzw. Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen. [4]Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens folgende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlägen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie entsprechend § 115c SGB V.

§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung

Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nimmt die durch die jährliche Aktualisierung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erforderlichen ICD-10-GM-Anpassungen in den Anlagen der Richtlinie vor, soweit gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Kerngehalt der Richtlinie nicht berührt wird.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

a) onkologische Erkrankungen

Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumortherapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus

C16.- Bösartige Neubildung des Magens

C17.- Bösartige Neubildung des Dünndarmes

C18.- Bösartige Neubildung des Kolons

C19.- Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

C20.- Bösartige Neubildung des Rektums

C21.- Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals

C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

C23.- Bösartige Neubildung der Gallenblase

C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege

C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas

C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet

C26.1 Bösartige Neubildung: Milz

C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums

C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Abdomens

C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Beckens

C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C48.1 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

C48.2 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Peritoneum, nicht näher bezeichnet

C48.8 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend

C49.4 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens

C49.5 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend

C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse

C74.- Bösartige Neubildung der Nebenniere

C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse

C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet

C76.2 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen

C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG)
- Spezielle Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, ERCP, Laryngoskopie, Bronchoskopie)
- Diagnostik von Helicobacter pylori
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Humangenetische Untersuchungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Behandlung

- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlung in Notfallsituationen
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Lasertherapeutische Verfahren (Ösophagus-CA)
- Transfusionen
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Mukosektomie
- Perkutane Gastrostomie
- Wundversorgung
- Anlage Blasenkatheter
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- Therapie der Stuhlinkontinenz
- allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Einleitung der Rehabilitation
- Sexualberatung und Familienplanung
- Physikalische Therapie
- Tumorkonferenzen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zur Ernährung
- zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Hilfsmitteln inkl. Anleitung zum Gebrauch
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu humangenetischen Fragestellungen

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden bei neuroendokrinen oder gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumoren

- Bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren, gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder gastrointestinalen Stromatumoren
    - zur Planung einer potenziell kurativen Lokaltherapie (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von Abdomen und/oder Thorax abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

  - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokaltherapie empfohlen wird.

- Bei Patientinnen und Patienten mit resektablen Leber- oder Lungenmetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Operation
- Bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
  - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
  - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,

  zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Strahlentherapie oder
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- Allgemeinchirurgie oder
- Viszeralchirurgie
- Bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Nuklearmedizin oder bei anderen endokrinologischen Tumoren

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

auch: Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie
- Bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom zusätzlich auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Nuklearmedizin und ab spätestens 1. Januar 2022 Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Bei anderen endokrinologischen Tumoren ab spätestens 1. Januar 2022 zusätzlich auch:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Berechtigt zur Teilnahme sind des Weiteren neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Neurologie
- Humangenetik
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Radiologie
- Pathologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe und
- Urologie

bei Schilddrüsenkarzinom, Nebenschilddrüsenkarzinom oder anderen endokrinologischen Tumoren zusätzlich auch:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie bis längstens 31. Dezember 2021.

Solange die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie in der Ebene der Hinzuzuziehenden tätig sind, richtet sich deren Behandlungsumfang nach dem Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ in der vor dem Inkrafttreten dieses Änderungsbeschlusses vom 18. März 2021 geltenden Fassung.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- soziale Dienste wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Physiotherapie
- ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie, alternativ bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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

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

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

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten- und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

Ebenso können die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumortherapie, und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Nicht umfasst sind eine adjuvante endokrine Therapie und die Gabe von Bisphosphonaten, sofern nicht andere tumorgerichtete Behandlungen parallel verabreicht werden.

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

1.1 Mammakarzinom

C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof

C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse

C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse

C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse

C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse

C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse

C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse

C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend

C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren

C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

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

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

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

C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus

C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus

C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris

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

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

C52 Bösartige Neubildung der Vagina

C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix

C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri

C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium

C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium

C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri

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

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

C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet

C56 Bösartige Neubildung des Ovars

C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Falloppio]

C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri

C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri

C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium

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

C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane

C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend

C58 Bösartige Neubildung der Plazenta

C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang

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) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierung, Stentimplantationen)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (zum Beispiel palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Punktionen, Biopsie
- Tumorstaging

Behandlung

- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
  Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.
- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien gemäß I. oder II. erfüllt sind:

  I.
  - ER positiv und
  - Her2 negativ und
  - Alter > 35 Jahre und
  - N0: T > 1cm

    mit einem der nachfolgenden Kriterien:
    - G2 oder
    - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %

    aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
    - G3 oder
    - Ki-67 > 30 %.

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

    aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
    - G3 oder Ki-67 > 30 %.

- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Strahlentherapie

b) Kernteam

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, die folgende operative Eingriffe nachweisen:

1. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, zum Beispiel Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration,
2. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma,
3. 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen.

Der Nachweis nach Nummer 1 ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 behandeln.

Der Nachweis nach Nummer 2 ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Humangenetik

Diese Richtlinien-Version ist nicht

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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

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

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied

Diese Richtlinien-Version ist nicht m

des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,

q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,
- die Patientin und der Patient ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären,
- eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin und dem Patienten ist ausgeschlossen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mindestens 250 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam mindestens 60 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit 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.

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Sonderregelung für Subspezialisierung

Eine ASV-Berechtigung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren setzt die vollständige Erfüllung der in der Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen voraus.

Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

a) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 behandeln, die in Nummer 5.1 genannten Anforderungen, oder

b) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln, die in Nummer 5.2 genannten Anforderungen.

Die vollständige Erfüllung der übrigen Anforderungen dieser Anlage ist jeweils beim zuständigen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und nachzuweisen.

5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Nummer 1.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- PET; PET/CT
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Urologie
- Visceralchirurgie

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 60 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Nummer 1.2) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach Nummer 3.2 Buchstabe q

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 250 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 des Appendix aufgeführt.

6 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Nummer 5.

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

Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

Appendix „gynäkologische Tumoren“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen.

Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumortherapie, und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Nicht umfasst ist eine adjuvante endokrine Therapie sofern nicht andere tumorgerichtete Behandlungen parallel verabreicht werden.

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

C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

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

C48.0 Bösartige Neubildung: Retroperitoneum

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

C60.- Bösartige Neubildung des Penis

C61 Bösartige Neubildung der Prostata

C62.- Bösartige Neubildung des Hodens

C63.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane

C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens

C66 Bösartige Neubildung des Ureters

C67.- Bösartige Neubildung der Harnblase

C68.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane

C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang

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) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall, Doppler Nierenvenen, intravenöse Urographie einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, Zystoskopie, Rektoskopie, Proktoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (zum Beispiel palpatorische Untersuchung, digital-rektale und vaginale Untersuchung)
- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Punktionen, Biopsie (TUR-Blase)
- Tumorstaging
- Urodynamik

Behandlung

- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Urostoma
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Wundversorgung
- Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie (BCG auch als Instillationstherapie bei Blasenkarzinom), Lasertherapie, soweit im EBM abgebildet

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- Inkontinenzberatung
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- ^{68}Ga- oder ^{18}F-PSMA-PET; PET/CT bei Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren
  - mit fehlendem Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten nach radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms (durch 2 Messungen bestätigt)
  - mit PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert > 0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines lokalisierten Prostatakarzinoms.

  Liegt der PSA-Wert > 10 ng/ml sind zuvor zur Tumorlokalisation die konventionellen Untersuchungsverfahren einschließlich Becken-MRT und Skelettszintigraphie auszuschöpfen.
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

a) Teamleitung

- Urologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Urologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)

Die nehr in Kraft.

- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Physiotherapie
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Urologie

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

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

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

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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.

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Appendix „urologische Tumoren“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 4: Hauttumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen.

Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Ausgeschlossen sind eine alleinige oder adjuvante Strahlentherapie sowie lokale dermatologische Behandlungen, wie Operationen, Lasertherapie, photodynamische Therapie, Elektrodesikkation, Kürettage, Kryotherapie bei Basalzellkarzinomen (=Basaliomen) und Plattenepithelkarzinomen im Stadium N0, M0.

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

C43.- Bösartiges Melanom der Haut

C44.- Sonstige bösartige Neubildungen der Haut

C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum] (nicht HIV-assoziiert, und rein kutan)

C51.- Bösartige Neubildung der Vulva (nur bei malignem Melanom)

C60.- Bösartige Neubildung des Penis (nur bei malignem Melanom)

C63.2 Bösartige Neubildung des Skrotums (nur bei malignen Melanomen)

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit primär kutanen Lymphomen gemäß der WHO EORTC-Klassifikation der kutanen Lymphome:

C82.- Follikuläres Lymphom

C83.- Nicht follikuläres Lymphom

C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome

C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms

C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome

C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Sonographie, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Dermatoskopie
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- Histologische, zytologische und immunhistopathologische Untersuchungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Punktionen, Biopsien (Probeexzision oder offene Biopsie)
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge inklusive Planung von plastischen Rekonstruktionen
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Photochemotherapie (PUVA)
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zur Selbstinspektion
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

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

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
  - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder
  - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
  - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen/Patienten mit Xeroderma pigmentosum und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Hauttumor zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei primär kutanen Lymphomen bei unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines systemischen Lymphoms mit Hautbefall
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Hauttumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung der Patientin/des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Haut- und Geschlechtskrankheiten oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie
- Viszeralchirurgie

Für die Behandlung insbesondere von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren des Gesichtes, Kopfes oder Halses kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie als Teammitglied benannt werden.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die

Diese Richtlinien-Version ist n

Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

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

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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.

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

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

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Die unter „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

Appendix „Hauttumoren“*

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C33 Bösartige Neubildung der Trachea

C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

C37.- Bösartige Neubildung des Thymus

C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura

C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe

C45.0 Mesotheliom der Pleura

C45.2 Mesotheliom des Perikards

C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, Periphere Nerven des Thorax

C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe, Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax

C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Glomus aorticum und sonstige Paraganglien

C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax

C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

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) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, Kardio-MRT bei Herztumoren, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei Lungenkarzinom/Lungenrundherden)
- Diagnostik paraneoplastischer Syndrome (PNS)
- Endoskopie des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- körperliche Untersuchung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsprüfung
- Punktionen, Biopsien (zum Beispiel der Pleura oder der Lunge)
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zur Ernährung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- Sexualität und Familienplanung
- zur Tabakentwöhnung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

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

- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei neuroendokrinen Tumoren oder auch mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei bösartigen Neubildungen der thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums oder der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen Binde- und Weichteilgewebes (zum Beispiel Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Thoraxchirurgie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Thoraxchirurgie

Bei Herztumoren zusätzlich:
- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Laboratoriumsmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

Diese Richtlinien-Ve

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Pneumologie
   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Thoraxchirurgie

   Bei Herztumoren alternativ

- Innere Medizin und Kardiologie oder
- Herzchirurgie

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

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

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

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

k) eine Mikrobiologie zur Verfügung steht.

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

n) Stationäre Notfalloperationen möglich sind.

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen oder Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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.

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

> Mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin oder Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin oder Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C00.- Bösartige Neubildung der Lippe

C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes

C02.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge

C03.- Bösartige Neubildung des Zahnfleisches

C04.- Bösartige Neubildung des Mundbodens

C05.- Bösartige Neubildung des Gaumens

C06.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes

C07 Bösartige Neubildung der Parotis

C08.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen

C09.- Bösartige Neubildung der Tonsille

C10.- Bösartige Neubildung des Oropharynx

C11.- Bösartige Neubildung des Nasopharynx

C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis

C13.- Bösartige Neubildung des Hypopharynx

C14.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx

C30.- Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres

C31.- Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen

C32.- Bösartige Neubildung des Larynx

C41.0- Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels

C43.0 Bösartiges Melanom der Lippe

C43.2 Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges

C43.3 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes

C43.4 Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses

C44.0 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Lippenhaut

C44.1 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

C44.2 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C44.3 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes

C44.4 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses

C46.0 Kaposi-Sarkom der Haut

C46.1 Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes

C46.2 Kaposi-Sarkom des Gaumens

C46.3 Kaposi-Sarkom der Lymphknoten

C47.0 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses

C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C49.0 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses

C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend

C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse

C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse

C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum

C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien

C76.0 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Hals, Gesicht

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

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) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- Audiometrie
- bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder unbekannten Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs und bei Larynxkarzinom)
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen nach HNO-Tumor
- Endoskopie des Nasenrachenraumes, Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsprüfung
- Punktionen, Biopsien

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Ernährungstherapie bei Schluckstörungen, soweit im EBM abgebildet
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Stimmprüfung
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch inklusive Umgang mit Hilfsmitteln zur Sprachbildung, Kaufunktionelle Maßnahmen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zur Alkohol- und Tabakentwöhnung
- zur Ernährung
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

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

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren
    - zur Planung einer potenziell kurativen Lokaltherapie oder vor funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (unter anderem CT und/oder MRT) von Kopf/Hals, Thorax und Abdomen abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden
    - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokaltherapie empfohlen wird

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
  - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
  - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,

  zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
  - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder
  - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
  - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Patientinnen und Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Paragangliomen zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des Kopfs oder Hals unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder
- Strahlentherapie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:
- Viszeralchirurgie oder
- Nuklearmedizin

b) Kernteam

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Strahlentherapie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Viszeralchirurgie und
- Nuklearmedizin

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Gefäßchirurgie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurochirurgie

- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Logopädie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
   - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

   Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:

   - Viszeralchirurgie

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

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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.

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.

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

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

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

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie)und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

Appendix „Kopf- oder Halstumoren“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C47.- Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems

C70.- Bösartige Neubildung der Meningen

C71.- Bösartige Neubildung des Gehirns

C72.- Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems

C75.1 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Hypophyse

C75.2 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Ductus craniopharyngealis

C75.3 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]

C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum

C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien

C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Primäre ZNS-Lymphome

C83.3 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

D32.- Gutartige Neubildung der Meningen

D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems

D35.2 Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen: Hypophyse

D42.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen

D43.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis

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) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT inklusive Postmyelographie-Computertomographie, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Liquordiagnostik
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Antiepileptische Therapie
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen

- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

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

- PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, zum Beispiel O-(2-[18F]Fluoroethyl)-L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT:
  - zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und
  - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
  - bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv
  - bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, gegebenenfalls auch MRT) primär zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach Ausschluss extrakranieller Lymphomherde
- PET; PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie zum Beispiel 68 Ga-DOTATOC oder 68 Ga-DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Neurochirurgie oder
- Strahlentherapie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Strahlentherapie

Bei endokrinen Tumoren zusätzlich auch:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neuropathologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche

Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden.

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie benannt werden.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Ergotherapie
   - Logopädie
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Neurologie
   - Neurochirurgie

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

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

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

Diese Richtlinie, Version is Kraft.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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 zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

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

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2021 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2021.

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

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

Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

Appendix „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

b) rheumatologische Erkrankungen

Teil 1: Erwachsene

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]

D68.6 Sonstige Thrombophilien

D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

D69.0 Purpura anaphylactoides

D86.0 Sarkoidose der Lunge

D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten

D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten

D86.3 Sarkoidose der Haut

D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*

D89.1 Kryoglobulinämie

E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose

H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet

I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung

I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

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

M02.1- Postenteritische Arthritis

M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

M05.- Seropositive chronische Polyarthritis

M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis

M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit

M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)

M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)

M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)

M08.- Juvenile Arthritis

M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

M11.- sonstige Kristall-Arthropathien

M13.- Sonstige Arthritis

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8

M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände

M31.3 Wegener-Granulomatose

M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]

M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica

M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis

M31.7 Mikroskopische Polyangiitis

M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien

M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet

M32.- Systemischer Lupus erythematodes

M33.0 Juvenile Dermatomyositis

M33.1 Sonstige Dermatomyositis

M33.2 Polymyositis

M34.- Systemische Sklerose

M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]

M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome

M35.2 Behçet-Krankheit

M35.3 Polymyalgia rheumatica

M35.4 Eosinophile Fasziitis

M35.6 Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]

M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet

M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†)

M45.0- Spondylitis ankylosans

M46.8 Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien

M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet

M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

M94.1 Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis]

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie, Herzkatheteruntersuchung)
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (zum Beispiel Augendruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angiographie, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- HNO-ärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Audiometrie, Endoskopie der Nasennebenhöhlen)
- Humangenetische Untersuchungen
- Intracutantest (Tuberkulintest)
- Kapillarmikroskopie
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse) einschließlich immunologischer Diagnostik (zum Beispiel Autoantikörperbestimmung, humorale und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (zum Beispiel Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG)
- Nierenfunktionsdiagnostik
- Pulmonale Funktionsdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Radiosynoviorthesen
- Schmerztherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusion von Blutkomponenten
- UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zur Ernährung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann zum Beispiel mittels eines Notfallausweises ergänzt werden
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (zum Beispiel trotz komplexer

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Rheumatologie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

  Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

  - kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
  - dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Version ist nicht

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - Physiotherapie
   - Ergotherapie
   - Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich zu nennen.

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:

1. Anamnese (zum Beispiel positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
2. Körperlicher Untersuchung (zum Beispiel Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
3. Laboruntersuchungen (zum Beispiel Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und
4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).

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

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu rheumatologischen Speziallaborleistungen.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Teil 2: Kinder und Jugendliche

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

D68.6 Sonstige Thrombophilien

D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

D69.0 Purpura anaphylactoides

D86.0 Sarkoidose der Lunge

D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten

D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten

D86.3 Sarkoidose der Haut

D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*

E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose

H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet

I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung

I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme

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

M02.1- Postenteritische Arthritis

M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

M05.- Seropositive chronische Polyarthritis

M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis

M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit

M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)

M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)

M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)

M08.- Juvenile Arthritis

M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

M13.- Sonstige Arthritis

M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8

M30.0 Panarteriitis nodosa

M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

M30.2 Juvenile Panarteriitis

M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]

M31.3 Wegener-Granulomatose

M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]

M31.7 Mikroskopische Polyangiitis

M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien

M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet

M32.- Systemischer Lupus erythematodes

M33.0 Juvenile Dermatomyositis

M33.1 Sonstige Dermatomyositis

M33.2 Polymyositis

M34.- Systemische Sklerose

M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]

M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome

M35.2 Behçet-Krankheit

M35.4 Eosinophile Fasziitis

M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet

M45.0- Spondylitis ankylosans

M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet

M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

2 Behandlungsumfang

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

Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.

Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:

- Humangenetische Untersuchungen
- Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

– Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

b) Kernteam

- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie
- Augenheilkunde
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

  Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

  - kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
  - dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Es gelten die im Teil 1 Erwachsene geregelten Anforderungen.

ehr in Kraft.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.

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

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

4 Überweisungserfordernis

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

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

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

Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 u Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

K50.- Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]

K51.- Colitis ulcerosa

K52.3- Colitis indeterminata

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Augendruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall einschließlich, endosonographischer Verfahren, Röntgen, Sonografie, MRT-/Röntgen-Sellink)
- Dermatologische Diagnostik
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierung, Punktionen und Biopsien)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (inklusive Stuhluntersuchungen)
- Punktionen, Biopsien, Histopathologische Untersuchungen

Behandlung

- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung (einschließlich), -durchführung und -kontrolle,
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und unerwünschten Behandlungsfolgen
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter und Pouch
- Einleitung der Rehabilitation
- Endoskopische Dilatation von Stenosen
- Kleinchirurgische Eingriffe, gegebenenfalls OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Einleitung, Überprüfung und Anpassung einer enteralen oder parenteralen Ernährung

ehr in Kraft.

- Medikamentöse Therapien einschließlich Infusionstherapien
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Therapie von Stuhlinkontinenz
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch (insbesondere Stoma- und Inkontinenzversorgung)
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zur operativen Versorgung
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zur psychotherapeutischen Versorgung
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

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

- Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären CED-Fallkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams
- Kapselendoskopie Dünndarm
    - wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, vollständige Koloskopie – sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT und Darmsonographie weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Crohn mit Dünndarmbefall besteht.
    - zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
    - zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen
        - bei chronisch aktiven Verlaufsformen
        - bei sekundärem Therapieversagen
        - bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf
- Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)
    - zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
    - bei unklarer Blutung bei vorherigem Ausschluss einer Blutungsquelle im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt

Diese Richtlinien-Ve

- Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskoloskopie
- Pouchoskopie

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Viszeralchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. 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.

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie benannt werden.

Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Kooperationsvereinbarung vertreten sein. Die Vorgaben des § 10 der Richtlinie gelten entsprechend.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie

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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege,
   - Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (zum Beispiel Diätassistenten),
   - Kontinenztherapie,
   - Physikalische Therapie,
   - Selbsthilfe,
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten,
   - Stomatherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Gastroenterologie
   - Viszeralchirurgie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm bestehen

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit sowie die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 100 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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 zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

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

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 31. Juli 2021 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2021.

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

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

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

Appendix „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“*

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

A15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert

A16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert

A17.- Tuberkulose des Nervensystems

A18.- Tuberkulose sonstiger Organe

A19.- Miliartuberkulose

A31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien

sowie Z20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention

sowie Z22.7 Latente Tuberkulose bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention.

2 Behandlungsumfang

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Punktionen, Biopsien
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel phänotypische Resistenztestung, ausgewählte molekularbiologische Schnellresistenztestverfahren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Blutgasanalyse
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG-Untersuchungen)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Röntgenuntersuchungen, CT-/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Tuberkulintest
- Lungenfunktionsmessungen
- Endoskopie des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes, des Urogenitaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel laryngoskopische und bronchoskopische Untersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, Urethrozystoskopie)
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Prüfung des Farbsinns, Funduskopie)
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Hörschwellenbestimmung, Tonschwellenaudiometrie, Sprachaudiometrie)
- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen Materials
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik

Behandlung

- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Medikamentöse Therapien, inklusive Infusionstherapie und gegebenenfalls kontrollierte Medikamenteneinnahme (inklusive DOTS=directly observed treatment short course)
- Chemoprophylaxe/Chemoprävention
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Schmerztherapie
- Behandlung in Notfallsituationen
- Punktion und Drainagetherapie
- Transfusionen
- Wundversorgung
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Anlage von fixierenden Verbänden
- Bougierung der Harnröhre
- Einlage von Schienenkathetern
- Einlage von Blasenkathetern
- Physikalische Therapie inklusive Inhalationstherapie
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Einleitung der Rehabilitation

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Infektionsschutzmaßnahmen
- zu Medikamentengabe, Nebenwirkungen und Resistenzen
- zu sozialen Beratungsangeboten, auch zu Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
    - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

- Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie:
  - Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. 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.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neurologie
- Pathologie
- Laboratoriumsmedizin und
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS–Behandlung bestehen,

c) eine räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose bzw. nachgewiesener Multiresistenz gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

Diese Richtlinien-Version ist

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 20 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

b) Mukoviszidose

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

E84.- Zystische Fibrose

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allergiediagnostik (zum Beispiel Intracutantest)
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (zum Beispiel ERCP), des Respirationstraktes (zum Beispiel Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage) und der Nasennebenhöhlen
- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung bei einer Patientin und bei einem Patienten entnommenen Materials
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Audiometrie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz)
- Pulmonale Funktionsdiagnostik
- Schweißtest
- Tuberkulintest

Behandlung

- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen; die Information kann zum Beispiel mittels eines Notfallausweises erfolgen
- zur Prävention von Infektionen und zur Besiedlung mit pathogenen Keimen (zum Beispiel PSAE, MRSA, Cepacia-Komplex; Aspergillen)

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie

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 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatz-Weiterbildungen verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Pathologie

Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

- Radiologie
- Urologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie
   - Ernährungstherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Appendix „Mukoviszidose“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

c) Hämophilie

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden hereditären oder erworbenen Faktormangelzuständen und sonstigen Koagulopathien, sofern sie mit einer dauerhaft behandlungsbedürftigen Hypokoagulabilität verbunden sind:

D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel

D68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom

D68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel

D68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII

D68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren

D68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper

D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren

D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

D69.1 Qualitative Thrombozytendefekte

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (zum Beispiel Gastroskopie, Koloskopie)
- Infektionsdiagnostik (zum Beispiel HIV, Hepatitis B und C)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel Klinische Chemie und Blutbild, Blutgruppenbestimmung und weitere immunhämatologische Diagnostik, umfassende Gerinnungsdiagnostik mit Einzelfaktorbestimmungen, Hemmkörperbestimmung- und Titration, immunologische und HLA-Diagnostik)
- humangenetische Untersuchungen

Behandlung

- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Gerinnungstherapie
- Medikamentöse Therapien
- Orthopädisch-unfallchirurgische Intervention
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Transfusion von Blutkomponenten

Beratung

- zu Diagnostik, Behandlung und Therapiewahl (z. B. Immuntoleranz, Prophylaxe vs. Bedarfsmedikation, Heimselbstbehandlung)
- zur Ernährung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zur Kontrolle der Physiotherapie
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zur Präparatewahl (Heimselbstbehandlung, rekombinante vs. Plasmapräparate, Dosis)
- zur Prävention
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zur Schulung von Patientinnen und Patienten und Personen aus dem häuslichem Umfeld in Bezug auf die Heimselbstbehandlung
- zu Sexualität und Familienplanung (einschließlich Zyklusregulation)
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen: Die Information erfolgt mittels eines Notfallausweises.
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Zahnextraktion

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie benannt werden.

b) Kernteam

Zusätzlich zur Teamleitung mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie:

- Innere Medizin oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Transfusionsmedizin

Diese Online-Version ist nicht mehr in Kraft.

Sofern Teamleitung Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, muss mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie und der Facharztweiterbildung

- Innere Medizin oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Teil des Kernteams sein.

Teil des Kernteams ist auch:

- Orthopädie und Unfallchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie zu benennen.

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.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Allgemeinchirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Laboratoriumsmedizin
- 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 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:

   - Zahnheilkunde

   Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.

Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.

c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

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

d) folgende räumliche und technische Ausstattung vorgehalten wird: permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hämophilie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 30 Patientinnen und Patienten mit schwerer Hämophilie (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit 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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Appendix „Hämophilie“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

d) neuromuskuläre Erkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

G14 Postpolio-Syndrom

G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie

G61.- Polyneuritis

G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten

G71.- Primäre Myopathien

G72.3 Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung

G72.4 Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert

G72.88 Sonstige näher bezeichnete Myopathien

G73.0* Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten

G73.1* Lambert-Eaton-Syndrom

G73.2* Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen

G73.3* Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

G73.4* Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

G73.5* Myopathie bei endokrinen Krankheiten

G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

M33.- Dermatomyositis-Polymyositis

M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†)

M60.1- Interstitielle Myositis

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, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Spaltlampenuntersuchung, Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- Molekulargenetische Untersuchungen
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Punktionen und Biopsien
- Schluckdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zur Ernährung
- zur operativen Versorgung
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

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

- Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie
- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
    - bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht auf ein Thymomrezidiv,
    - bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,
    - bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese

und negativem oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -MRT von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie, Antikörperdiagnostik)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen.

Sofern keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung oder den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neuropathologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Pathologie, sofern die Facharztgruppe Neuropathologie nicht über die erforderliche pathologische Expertise oder Ausstattung für die unter Nummer 1 der Konkretisierung genannten Erkrankungen verfügt
- 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 Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-

und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- Physikalische Therapie
- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:

- Neurologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

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

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

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

Appendix „Neuromuskuläre Erkrankungen“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

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:

D86.- Sarkoidose

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) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Augenhintergrunduntersuchung, Visus- und Refraktionsbestimmung, Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Perimetrie, Schirmertest, Augendruckmessung)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Kardio-MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik, Serologischer und mikrobiologischer Nachweis von Krankheitserregern einschließlich gegebenenfalls Resistenzbestimmung
- Liquordiagnostik
- Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- Neurophysiologische Untersuchungen
- Pulmonale Funktionsdiagnostik
- Punktionen und Biopsien

Behandlung

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zur Ernährung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen

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

- 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 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

  als komplementäre Diagnostik zu einem unklaren kardialen MRT-Befund oder wenn ein kardiales MRT kontraindiziert ist.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin und Rheumatologie

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.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie

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. 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.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - Transplantationszentren (Lunge)
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physikalische Therapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Pneumologie
   - Innere Medizin und Rheumatologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

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

3.3 Dokumentation

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Appendix „Sarkoidose“ *

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

f) biliäre Zirrhose [unbesetzt]*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

* *Hinweis: Die biliäre Zirrhose wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.*

g) primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt]*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

* *Hinweis: Die primär sklerosierende Cholangitis wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.*

h) Morbus Wilson

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

E83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- Biopsien und Punktionen
- Elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale)
- Endoskopie des Gastrointestinaltrakts einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, zytologische und histologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- Mutationsdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien
- Physikalische Therapie
- Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (zum Beispiel im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

- Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson erfolgt in einem interdisziplinären Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen.

Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- 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 Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- Transplantationszentren (Leber)
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Keine.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

Appendix „Morbus Wilson“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

k) Marfan-Syndrom

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

Q87.4 Marfan-Syndrom und

verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können, zum Beispiel

- Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,
- Loeys-Dietz-Syndrom

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG-Untersuchungen) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Spaltlampenuntersuchung, Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsmessungen
- Orthopädische Funktionsdiagnostik

Behandlung

- Anlage von fixierenden Verbänden
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Sexualberatung und Familienplanung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Herzchirurgie oder
- Innere Medizin und Kardiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie benannt werden.

b) Kernteam

- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik
- Innere Medizin und Pneumologie

  Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie als Teammitglied benannt werden.
- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

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

Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

– Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Physiotherapie

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Appendix „Marfan-Syndrom“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

l) pulmonale Hypertonie

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie

I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie

P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

entsprechend der Nizza-Klassifikation

- Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1‘ oder 1‘‘ der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 5.1 oder der Klasse 5.3 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne Klasse 3.2, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat), 5.2 oder der Klasse 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel transösophageale [TEE] und transthorakale [TTE] Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheter [gegebenenfalls mit pharmakologischer Testung])
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Röntgenuntersuchung, Sonographie, Dopplerunterschung, Ventilations-Perfusions-Szintigraphie, CT, MRT, Pulmonalarterienangiographie, Myokardszintigraphie)
- Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes
- Endoskopie des Respirationstraktes
- Humangenetische Untersuchungen (zum Beispiel BMPR2, ALK1)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel Blutgasanalyse)
- Lungenfunktionsmessungen (zum Beispiel Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Kohlenmonoxid [DLCO])
- Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen
- Spiroergometrie

Behandlung

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Behandlung in Notfallsituationen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann zum Beispiel mittels eines Notfallausweises erfolgen.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Kardiologie oder
- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Nuklearmedizin
- 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 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - Transplantationszentren (Lunge, Herz)
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:

   - Innere Medizin und Kardiologie
   - Innere Medizin und Pneumologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

Bei pulmonaler Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich.

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

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

Appendix „pulmonale Hypertonie“*

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1.1 Primär biliäre Cholangitis (PBC)

K74.3 Primäre biliäre Zirrhose

K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose (auch Idiopathic adulthood ductopenia Syndrom (IAD) und Vanishing bile duct Syndrom)

K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet

1.2 Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

K83.0 Cholangitis

1.3 Autoimmunhepatitis (AIH)

K75.4 Autoimmune Hepatitis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (zum Beispiel Gewebe, Sekrete)

Behandlung

- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (zum Beispiel im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen

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

- Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

– Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.

b) Kernteam

– Zusätzlich zur Teamleitung: Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. 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.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

– Innere Medizin und Rheumatologie
– Laboratoriumsmedizin
– Pathologie
– Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
– Radiologie
– Viszeralchirurgie

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 als Teammitglied benannt werden.

Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - Transplantationszentren (Leber)
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Gastroenterologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

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

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer 1 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.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

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

Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.