

Tragende Gründe

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

Ergänzung der Anlage 1.2 Buchstabe b zerebrale Anfallsleiden
(Epilepsie)

Vom 21. Dezember 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	14
4.	Verfahrensablauf.....	15
5.	Fazit	16
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	16

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

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

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

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

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

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

2.1 Aufbau

Die Gliederung der Anlagen wurde im Grundsatz entsprechend der ABK-RL übernommen. Der Behandlungsumfang wird nun differenziert nach Diagnostik, Behandlung und Beratung dargestellt.

Die Anlage zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) ist wie folgt gegliedert:

1. Konkretisierung der Erkrankung
2. Behandlungsumfang
 - Diagnostik
 - Behandlung
 - Beratung
3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
 - 3.1 Personelle Anforderungen
 - a) Teamleitung
 - b) Kernteam
 - c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
 - 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
 - 3.3 Dokumentation
 - 3.4 Mindestmengen
4. Überweisungserfordernis
5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:

2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie), wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe oder besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

In § 116b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe f SGB V ist vorgegeben, dass die ASV die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen von zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) umfasst, welche den Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zugeordnet wurde. Daher wird für diese Anlage der Fokus der Konkretisierung zu Diagnostik und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten so gesetzt, dass diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen. Um diese Besonderheiten hervorzuheben, wurden Präzisierungen vorgenommen. Durch die aufgeführten Kriterien, die v.a. die spezielle Expertise (z.B. Kenntnis von diffizilen epileptischen Phänomenen, Umgang mit Multimedikation, toxischen Nebenwirkungen, Erhaltung der Therapieadhärenz, psychische Komorbiditäten) hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören. Ergänzend zum Überweisungserfordernis obliegt den Kernteamärzten wie in allen anderen Anlagen die Indikationsbestätigung für die ASV.

2.2.2 Behandlungsumfang

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

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

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

Diagnostik

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

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie)
- Anamnese
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel immunologische Labordiagnostik, Bestimmung von Arzneimittelspiegeln)
- Neurologische Untersuchung
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Neuropsychologische Untersuchungen
- Psychiatrische Untersuchung

Behandlung

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

Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 4 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten

spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL erfüllt sind.

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

Beratung

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

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

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

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

zu Ausbildung, Beruf und sozialen Aspekten

Die Berufsanamnese trägt bei Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden dazu bei, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Beschwerden und Leistungseinschränkenden aufgrund der Erkrankung festzustellen, sodass ggf. geeignete Vorkehrungen am Arbeitsplatz getroffen werden könnten, um das Risiko von Anfällen und Verletzungen zu minimieren. Darüber hinaus kann eine Berufsanamnese Aufschluss darüber geben, ob berufliche Tätigkeiten aufgrund der Art und Häufigkeit der zerebralen Anfälle für die Betroffenen ungeeignet sind. Aufgrund der Auswirkungen einiger Behandlungsmethoden auf die Konzentration und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen, kann die Berufsanamnese auch die Therapieauswahl beeinflussen. Dies ist insbesondere bei der Berufswahl zu berücksichtigen. Da die Erkrankung nicht nur erhebliche Auswirkungen auf den jeweiligen Arbeitsbereich haben kann, sondern auch auf die Teilhabe am sozialen Leben der Betroffenen, ist neben der Berufsanamnese auch die Sozialanamnese der Patientinnen und Patienten zu erfassen.

zu Diagnostik und Behandlung (z.B. auch Epilepsie-Chirurgie)

Im individuellen Patientenfall können beratende Hinweise zu epilepsiechirurgischen Therapiemöglichkeiten sinnvoll sein. Da die operative Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden nicht im Rahmen dieser Anlage vorgesehen ist, soll als Verbindung zu etwaigen außerhalb der ASV-Anlage stattfindenden entsprechenden Eingriffen eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit Epilepsie-Chirurgie vorgesehen werden. Dies dient u.a. auch der Versorgungskontinuität der Patientenversorgung.

Wird mit Hilfe einer medikamentösen Behandlung keine Anfallsfreiheit erreicht, sollte deshalb auch die Möglichkeit eines epilepsiechirurgischen Eingriffs individuell geprüft werden, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und das Risiko für Folgeerkrankungen zu verringern (vgl. ABK-Alt). Die Beratung der Patientinnen und Patienten zu operativen Behandlungsmöglichkeiten wurde daher in die Anlage zerebrale Anfallsleiden aufgenommen.

zur Ernährung (z.B. Ketogene Diät)

Die Ernährung kann die Häufigkeit und Schwere von zerebralen Anfallsleiden wesentlich beeinflussen. Ketogene Ernährungstherapien (KET) gelten als Therapieoptionen bei zerebralen Anfallsleiden, vor allem bei pharmakoresistenten und schwer behandelbaren Epilepsien im Kindes- und Jugendalter. Ihre Wirksamkeit ist in zahlreichen Publikationen, darunter 13 randomisierten Studien, gut beschrieben. Die KET wurde daher beispielhaft unter der Beratung zur speziellen Ernährung in der Anlage zerebrale Anfallsleiden aufgenommen.

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

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

Neurologie

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

Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen.

In dieser Fachdisziplin ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht diesen Fachgruppen auf diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, die Leitungsfunktion.

b) Kernteam

Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie

Spezialisierte Fachärzte für Neurologie verfügen über das nötige Fachwissen, um die zahlreichen Manifestationen dieser Erkrankungen einschätzen und beurteilen zu können und so das diagnostische und therapeutische Vorgehen zu koordinieren. Aufgrund der zentralen Rolle dieser Fachgruppe wird auf das Einschließen von weiteren Fachärzten in das Kernteam verzichtet. Gleichzeitig soll durch die Aufnahme von zwei Fachärzten für Neurologie der fachliche Austausch, insbesondere zu den modernen, komplexen und potentiell komplikationsbehafteten Therapieoptionen, gefördert werden.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin dem Schwerpunkt Neuropädiatrie vorgesehen, da die Expertise eines Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist. Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikationen möglich, falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie verfügbar ist und somit die Teambildung erschwert würde.

Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Fachärzte, deren Expertise bei einzelnen Krankheiten oder Symptomen benötigt wird, sind hingegen unter den Hinzuzuziehenden verortet.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurde in die Ebene der Hinzuzuziehenden übernommen, da sie nicht regelhaft in die Therapie von Patientinnen und Patienten mit

zerebralen Anfallsleiden eingebunden ist. Ihre Expertise kann unter anderem jedoch im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie, Kinderwunsch und Schwangerschaft erforderlich sein, sodass die Fachgruppe auch weiterhin Teil des interdisziplinären Teams ist.

Innere Medizin und Kardiologie

Im Zusammenhang mit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden können beispielsweise pharmakologisch begründete Symptomatiken wie Schwindel, Benommenheit sowie Herzrhythmusstörungen auftreten, die eine entsprechende Abklärung, Überwachung bzw. Kontrolle durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie erforderlich machen.

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden folgende Änderungen an der Ebene der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte vorgenommen:

Humangenetik

Zerebralen Anfallsleiden können neben einer Vielzahl von Ursachen auch genetische Dispositionen (z.B. Ionenkanal- oder Transmitterrezeptormutation, tuberöse Sklerose) zu Grunde liegen. In diesem Zusammenhang kann zur Versorgung der Patientinnen und Patienten die Expertise der Fachgruppe Humangenetik erforderlich sein. Mit Aufnahme dieser Fachgruppe in die 3. Ebene soll u.a. die Aufklärung, Erkennung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit genetisch bedingten zerebraler Anfallsleiden einschließlich der humangenetischen Untersuchungen und Beratung sichergestellt werden.

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Der Behandlung nach ABK-RL sah in der interdisziplinären Zusammenarbeit bei Bedarf auch Fachabteilungen und/oder Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen wie Psychiatrie und Psychotherapie bzw. sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie vor. In den strukturellen Regelungen zur ASV ist ebenso die Einbindung von Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie möglich.

Radiologie

Zusätzlich zur Facharztgruppe Radiologie kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie benannt werden, um so im Rahmen der Diagnostik diese spezielle Expertise einbinden zu können ohne dadurch die Teambildung zu erschweren.

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 Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie als Teammitglied benannt werden.

Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechnete Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit dieser Fachgruppen bestehen und im Kernteam bereits ein Kinder- und Jugendmediziner vorhanden sein muss, falls das Team Kinder und Jugendliche behandelt, hat dieser hier ausdrücklich eine „Kann“-Regelung vorgesehen.

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden folgende Facharztgruppen nicht ins ASV-Team aufgenommen:

Neurochirurgie

Eine Einbindung neurochirurgischer Expertise erfolgt im Rahmen der Behandlung von zerebralen Anfallsleiden regelhaft nicht ambulant, weshalb auf die Verortung der Fachgruppe Neurochirurgie in der 3. Ebene verzichtet wurde. Als Verbindung zu etwaigen außerhalb der ASV stattfindenden entsprechenden Eingriffen wird eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit Epilepsie-Chirurgie vorgesehen.

2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

Epilepsie-Chirurgie

Weil eine Einbindung neurochirurgischer Expertise im Rahmen der Behandlung von zerebralen Anfallsleiden regelhaft nicht ambulant erfolgt und deshalb auf die Verortung der Fachgruppe Neurochirurgie in der 3. Ebene verzichtet wurde, soll als Verbindung zu etwaigen außerhalb der ASV-Anlage stattfindenden entsprechenden Eingriffen eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit Epilepsiechirurgie vorgesehen werden.

2.2.3.3 Dokumentation

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

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

2.2.3.4 Mindestmengen

Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus. Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ (116b Abs. 1 Satz 1 SGB V) der ASV-Teammitglieder. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden mitbringen müssen. Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können.

Nach § 6 der ABK-RL war zu den Mindestmengen für die Behandlung von Erkrankungen nach Anlage 3 grundsätzlich ein Richtwert von 0,1 % der bundesweit prävalenten Fälle geregelt; von diesem Grundsatz konnte der Gemeinsame Bundesausschuss in begründeten Einzelfällen abweichen. Aktuell wurde die nach ABK-RL für die Behandlung von Anfallsleiden bereits abweichende Mindestmenge von 330 je Einrichtung durch den G-BA geprüft.

Nach Expertenmeinung benötigen ca. 30 % der Patientinnen und Patienten die besondere Expertise eines auf Epilepsie spezialisierten Neurologen oder einer auf Epilepsie spezialisierten Neurologin.

Die ASV soll weitere Optionen in den Versorgungsstrukturen jenseits einer „klassischen“ neurologischen Praxis für unkompliziertere Verläufe sowie jenseits von noch stärker spezialisierten, überregionalen Epilepsie-Kompetenzzentren schaffen. Vor diesem Hintergrund und unter Beachtung der Kriterien der Konkretisierung wird die Mindestmenge auf 110 für die ASV festgelegt.

Bei ausschließlicher Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird, wie bereits in der ABK-RL geregelt war, keine Mindestmenge festgelegt.

2.2.4 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.

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.

2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

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

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

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

Grundlage für den Ziffernkranz bei zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) ist nach der Präambel zum Appendix des 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 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023. Ebenfalls wird

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

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

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

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

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

Die Definition der GOP des Appendix erfolgte analog dem Aufbau des EBM:

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

Aufgabe hat, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu steuern.

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

Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

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

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

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

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

Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

Kapitel 33 und 34: Zuordnung der Leistungen Ultraschall Diagnostik sowie Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanztomographie

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

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

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

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 552.176 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 1.976.862 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. **Verfahrensablauf**

Am 7. Dezember 2022 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 28. Juni 2023 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 15 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
9. November 2022	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)
7. Dezember 2022	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
10. Januar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
16. Februar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
21. März 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
18. April 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
31. Mai 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
22. Juni 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Juni 2023	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
20. Juli 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. Juli 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
22. August 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
24. August 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
13. September 2023	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

25. Oktober 2023	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Stellungnahmen	Auswertung	der
31. Oktober 2023	AG ASV	Vorbereitende Stellungnahmen	Auswertung	der
1. November 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Beschlusssentwurf	Appendix	des
8. November 2023	UA ASV	Beschlussempfehlung an das Plenum		
21. Dezember 2023	Plenum	Beschlussfassung		

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

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

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **13. September 2023** wurde das Stellungnahmeverfahren am **14. September 2023** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **12. Oktober 2023**.

Die Bundesärztekammer (BÄK) und der BfDI meldeten fristgerecht den Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme (**Anlage 4**). Die Rückmeldungen sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2023 beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V zu ändern: Ergänzung der Anlage 2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie).

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter
Beschlusssentwurf über eine Änderung der ASV-RL sowie versandte Tragende
Gründe
- Anlage 4: Rückmeldungen des BfDI und der BÄK
- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

Berlin, den 21. Dezember 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.2 b) Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

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

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

Bei dem vorliegenden Beschluss handelt es sich um eine Konkretisierung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL. Mit diesem Beschluss wird die Anlage 1.2 der ASV-RL zu schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen um den Buchstaben a erweitert und hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) ergänzt. Die hier vorliegende Ermittlung der Bürokratiekosten bezieht sich auf die in dieser Konkretisierung enthaltenen Informationspflichten für Leistungserbringer und berücksichtigt darüber hinaus auch die im allgemeinen Paragrafenteil der ASV-RL enthaltenen Informationspflichten, da diese erst im Zusammenhang mit der vorliegenden Konkretisierung ausgewiesen werden können.

Hinsichtlich der Vorgabe in § 15 Satz 2 ASV-RL, wonach die Information der Patienten über die Versorgungsform, das behandelnde interdisziplinäre Team sowie dessen Leistungsspektrum zu dokumentieren ist, wird davon ausgegangen, dass diese Dokumentation der Patienteninformation eine Anforderung mit hohem Sowieso-Kosten-Anteil darstellt. Insofern wird dieser Dokumentationsaufwand als gering eingeschätzt und ist daher an dieser Stelle hinsichtlich der Quantifizierung zu vernachlässigen. Gleiches gilt für die Vorgabe in § 15 Satz 3 ASV-RL, wonach dem Patienten im Rahmen des Überleitungsmanagements eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen ist. Darüber hinaus ergeben sich aus dem Beschluss die nachstehend genannten Informationspflichten.

1. Anzeigeverfahren

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

erfolgt an dieser Stelle eine vollständige Bürokratiekostenermittlung der in der ASV-RL und der betreffenden Anlage enthaltenen Informationspflichten.

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

Es wird davon ausgegangen, dass für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens je Team ein zeitlicher Aufwand von 65 Stunden (3.920 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	360
Beschaffung von Daten	1.700
Aufbereitung der Daten	180
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	90
Externe Sitzungen	1.440
Kopieren, Archivieren, Verteilen	45
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	90 (360 Min., jedoch bei 25% der Teams)
Insgesamt:	3.920

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

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

Zusätzlich entstehen im Rahmen des Anzeigeverfahrens externe Kosten in Form von Anwaltskosten im Zuge des Abschlusses von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Ärzten eines ASV-Teams. Hierbei ist davon auszugehen, dass je nach den konkreten Gegebenheiten der daraus resultierende anwaltliche Beratungsbedarf stark divergiert. Es sind Fälle denkbar, in denen für den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarungen kein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, sondern eigene Ressourcen vorhanden sind, in anderen Fällen wird ein umfangreicher Beratungsbedarf angezeigt sein. Da an dieser Stelle gewisse Unsicherheiten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Rechtsanwälten besteht, wird im Sinne einer vereinfachten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von fünf Stunden je Team entsteht. Wird für die Vergütung des Anwaltes ein Stundensatz von 59,70 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 299 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 17,6 Euro je Team (11 x 1,6 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 4.158 Euro (59,1 Euro x 65 + 299 Euro + 17,6 Euro).

2. Meldung nach Zulassung

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

Hierbei ist je Team ein zeitlicher Aufwand von 36 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 11 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau (22,9 Euro/h) erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 12,60 Euro (22,9 Euro / 60 x 33).

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	11
Kopieren, Archivieren, Verteilen	22
Insgesamt:	33

3. Neubesetzung

Das Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams sowie die ggf. erforderliche Benennung eines neuen Mitglieds sind dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 Sätze 3 u. 4 ASV-RL). Hierbei ist davon auszugehen, dass für das neu benannte Mitglied Teile des Anzeigeverfahrens (vgl. 1.), insbesondere solche, die den Nachweis der Erfüllung personeller Anforderungen betreffen, durchgeführt werden müssen. Der Aufwand ist somit identisch zu den personenbezogenen Aufwendungen des Anzeigeverfahrens. Hierfür wird ein zeitlicher Aufwand von 160 Minuten je Neubesetzung sowie erforderliches hohes Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) veranschlagt. Dies ergibt geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 157,60 Euro (59,10 Euro / 60 x 160) je neu zu besetzendem Mitglied.

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

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

4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankengesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau (59,1 Euro/h) nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 8,87 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 26,61 Euro (3 x 8,87 Euro) jährlich. Bei insgesamt 11 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 293 Euro (26,61 Euro x 11).

Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)

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

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

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

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,15 Euro. Bei geschätzt rund 100.000 Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie), welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 115.000 Euro (1,15 Euro x 100.000) pro Jahr.

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

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

6. Nachweis der Erfüllung der Mindestmenge in den Folgejahren

Das Kernteams muss mindestens 110 Patientinnen und Patienten der genannten Indikationsgruppe behandeln. Je Team haben drei Kernteamärzte den Nachweis zu erbringen.

Erforderlich ist hierfür hohes Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h). Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

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

Standardaktivität	Minutenwert je Kernteamarzt	Minutenwert je Kernteam
Beschaffung von Daten	110	330
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	3
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	6
Insgesamt:	113	339

Die Schätzung des für die Beschaffung der notwendigen Daten erforderlichen Zeitaufwands erfolgte unter Rückgriff auf den hierfür in der Zeitwerttabelle vorgesehenen Wert von drei Minuten (bei einfacher Komplexität). Für den Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist für jedes Kernteam in 110 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 339 Minuten resultiert. Diese Schätzung stellt eine allgemeine Annäherung dar. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Einrichtungen eine aufwandsärmere Umsetzung zum Beispiel mit Hilfe von Software möglich ist. Für jedes Kernteam entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 334 Euro (59,1 Euro / 60 x 339).

7. Zusammenfassung

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

Tabelle 7: Insgesamt entstehende Bürokratiekosten je ASV-Team

Informationspflicht	Kosten je Team in Euro	Frequenz
Anzeigeverfahren	4.158	einmalig
Meldung nach Zulassung	12,6	einmalig
Neubesetzung	157,60	je neu zu besetzendem Mitglied
Vertretung	293	jährlich
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,15	je Patienten
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	334	jährlich

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

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle potentiell in Frage kommenden Teams ihre Teilnahme an der ASV bereits im ersten Geltungsjahr dieser Richtlinienkonkretisierung anzeigen werden. Aufgrund des notwendigen zeitlichen Vorlaufs werden voraussichtlich erst nach Ablauf von einem Jahr bis zwei Jahren alle interessierten Teams ihre Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Hinsichtlich der Anzahl der sich bildenden Teams kann bei einer unterstellten jährlichen Patientenzahl von 100.000 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 110 Patienten je (Kern-) Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 909 Teams ausgegangen werden (100.000/110). Als

mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 38 Teams ausgegangen (bisherige Zulassungen nach § 116b SGB V a.F., vgl. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 257). Da die genaue Entwicklung der Teamzahlen schwer zu prognostizieren ist, wird für die nachstehend aufgeführte Abschätzung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Tabelle 8) ein Durchschnittswert aus der genannten Ober- und Untergrenze herangezogen und von voraussichtlich 474 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt zu erwartenden Bürokratiekosten (Annahme: 474 Teams)

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.970.892
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	98.545
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	5.970
Meldung nach Zulassung in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	299
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 474 Teams x 11 Ärzte = 5.214, davon 5% = 261 Ärzte)	41.134
Vertretung (jährlich)	138.882
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 100.000 Patienten)	115.000
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	158.316
Summe einmalige Bürokratiekosten	1.976.862
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	552.176

Insgesamt resultieren aus den aufgeführten Informationspflichten unter der Annahme von 474 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 552.176 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.976.862 Euro.



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

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



1 **Beschlussentwurf**

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
3 Änderung der Richtlinie ambulante
4 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:
5 Ergänzung der Anlage 1.2 Buchstabe b zerebrale
6 Anfallsleiden (Epilepsie)

8 **Stand: 14.09.2023**

9 **Legende**

10 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

12

13 Vom 21. Dezember 2023

14 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2023
15 beschlossen, die Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach
16 § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie ambulante
17 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013
18 (BAnz AT 19.07.2013 B1), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T.
19 Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

20 I. Der Anlage 1.2 wird folgender Buchstabe b angefügt:

21 **„b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**

22 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

23 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
24 mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie), wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung
25 eine interdisziplinäre oder komplexe oder besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

26 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden im Sinne der
27 Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

28 G40.- Epilepsie

29 Bei G40.5 Spezielle epileptische Syndrome nur Epilepsia partialis continua
30 [Kojewnikow-Syndrom]

31 F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]

32 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

34 **Diagnostik**

- 35 – Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle
- 36 Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie)
- 37 – Anamnese
- 38 – Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- 39 – Humangenetische Untersuchungen
- 40 – Körperliche Untersuchung
- 41 – Laboruntersuchungen (zum Beispiel immunologische Labordiagnostik, Bestimmung von
- 42 Arzneimittelspiegeln)
- 43 – Liquoruntersuchung
- 44 – Neurologische Untersuchung
- 45 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte
- 46 Potenziale)
- 47 – Neuropsychologische Untersuchungen
- 48 – Psychiatrische Untersuchung

49 **Behandlung**

- 50 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 51 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 52 – Behandlung in Notfallsituationen
- 53 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 54 Behandlungsfolgen
- 55 – Einleitung einer Rehabilitation
- 56 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 57 – Medikamentöse Therapien inkl. Injektionen, Infusionstherapien
- 58 – Physikalische Therapie
- 59 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 60 – Wundversorgung

61 **Beratung**

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
– zu Ausbildung, Beruf und sozialen Aspekten	[keine Aufnahme]

- 62
- 63 – zu Diagnostik und Behandlung (z.B. auch Epilepsie-Chirurgie)
- 64 – zu Heilmitteln
- 65 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 66 – zu humangenetischen Fragestellungen
- 67 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 68 – zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten

- 69 – zu Rehabilitationsangeboten
- 70 – zu Sexualität und Familienplanung
- 71 – zu Verhalten in Notfallsituationen
- 72 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 73

DKG, KBV, PatV – zur Ernährung (z.B. Ketogene Diät)	GKV-SV – zur Ernährung
---	----------------------------------

74 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

75 **3.1 Personelle Anforderungen**

76 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden erfolgt durch ein
77 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

78 **a) Teamleitung**

- 79 – Neurologie

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

83

DKG Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie nicht verfügbar ist, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.	GKV-SV, KBV, PatV <i>[keine Aufnahme]</i>
---	---

84

85 **b) Kernteam**

- 86 – Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie

87 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
88 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen.

89 Falls keine Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt
90 Neuropädiatrie verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
91 Jugendmedizin zu benennen.

92 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

GKV-SV, DKG, PatV – Frauenheilkunde und Geburtshilfe	KBV <i>[streichen]</i>
--	----------------------------------

- 93 – Humangenetik

- 94 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

95

DKG, PatV

– Innere Medizin und Kardiologie

GKV-SV, KBV*[keine Aufnahme]*

96

97 – Laboratoriumsmedizin

98 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

99 oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder

100 ärztlicher Psychotherapeut

101 – Radiologie

102 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit dem Schwerpunkt
103 Neuroradiologie benannt werden.104 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
105 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
106 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder
107 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-
108 und Jugend-Kardiologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie
109 und -Diabetologie als Teammitglied benannt werden.**110 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

114 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege

115 – Epilepsie-Chirurgie

116 – Ergotherapie

117 – Logopädie

118 – Physiotherapie

119 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
120 mit sozialen Beratungsangeboten

121 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

124 – Neurologie

125 c) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
126 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten
127 bereitgehalten werden,

128 d) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht

129 **3.3 Dokumentation**

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

133 **3.4 Mindestmengen**

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Das Kernteam muss mindestens 110 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.</p>	<p>DKG</p> <p>Eine Mindestmenge wird mangels wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p>
<p>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.</p> <p>Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.</p> <p>In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.</p> <p>Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</p>	<p><i>[Zustimmung sofern MM beschlossen]</i></p>

134

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>	<p>DKG</p> <p><i>[Sofern MM beschlossen]</i></p> <p>Bei ausschließlicher Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird keine Mindestmenge festgelegt.</p>
---	---

135 **4 Überweisungserfordernis**

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

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

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

<p>GKV-SV</p> <p>Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.</p>	<p>KBV</p> <p>Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.</p> <p>Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend.</p> <p>Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.</p>	<p>DKG, PatV</p> <p>Die Aufnahme in die ASV kann auch auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.</p> <p>Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.</p>
---	---	---

142 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

143 Präambel

144 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
145 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
146 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
147 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
148 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
149 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
150 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des
151 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023.

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

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

158

159

Appendix „zerebrale Anfallsleiden“160 **Legende**

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

161 *[Appendix ‚zerebrale Anfallsleiden‘ mit Abschnitt 1 gemäß Anlage 2 der Beratungsunterlagen*
162 *hier einfügen]“*

163

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

166 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
167 www.g-ba.de veröffentlicht.

168 Berlin, den 21. Dezember 2023

169 Gemeinsamer Bundesausschuss
170 gemäß § 91 SGB V
171 Der Vorsitzende

172 Prof. Hecken

Appendix des Beschlussentwurfs Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) mit - Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 4. Quartal 2023)

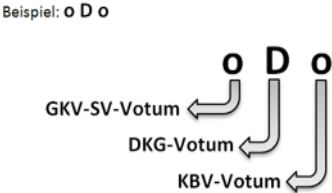
Stand: 14.09.2023

Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

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



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

Hinweis: Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Banken entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) für die Entscheidung im Plenum abgebildet. Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie <small>(GKV-SV, DKG, PaIV) Frauenheilkunde und Geburtshilfe</small>	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<small>(DKG, PaIV) Innere Medizin und Kardiologie</small>	Laboratoriumsmedizin	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichtherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neurologie				
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01442	Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01444	Zuschlag Authentifizierung	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01471	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01472	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01473	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01474	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01480	Beratung über Organ- und Gewebespenden	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01510	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 2h	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01511	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
						Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie <small>(GKV-SV, DKG, PaV) Frauenheilkunde und Geburtshilfe</small>	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<small>(DKG, PaV) Innere Medizin und Kardiologie</small>	Laboratoriumsmedizin	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichtherapeutin oder Kinder- und Jugendlichtherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie					
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04000	Versichertenpauschale	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04001	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04002	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04003	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04004	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04005	ab Beginn des 76. Lebensjahres	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04020	Zuschlag Hygiene	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	04040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	04220	Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	04221	Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	04222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 04220	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	04231	Gespräch, Beratung und/oder Erörterung	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000
III	04	4.2.3	Besondere Leistungen	04241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000
III	04	4.2.3	Besondere Leistungen	04242	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.3	Besondere Leistungen	04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	04	4.2.3	Besondere Leistungen	04321	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000
III	04	4.2.3	Besondere Leistungen	04322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000
III	04	4.2.3	Besondere Leistungen	04324	Langzeit-Blutdruckmessung	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
						Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie <small>(GAV-SV, DKG, PaV)</small>	GAV-SV, DKG, PaV Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<small>(DKG, PaV)</small> Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichenspsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenspsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie				
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32943	Zuschlag für die Komplement- / IgG-Subklassen Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene zu den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32945	Typisierung des HPA-1- und HPA-5-Merkmal auf die Allele a und b	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32946	Typisierung weiterer HPA-Merkmale auf die Allele a und b	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32947	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) von Thrombozyten in einem komplementunabhängigen Testsystem unter Verwendung von immobilisierten HLA-Antigenen und Thrombozytenantigenen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32948	Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32949	Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels Glykoprotein-spezifischer Festphasenmethoden	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33000	Sonographie des Auges	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33001	Ultraschall-Biometrie des Auges	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33002	Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33010	Nasenbenhöhlen - Sonographie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33011	Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33012	Schilddrüsen - Sonographie	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	GDK	GDK	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33021	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33023	Zuschlag TEE	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33030	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33040	Sonographie der Thoraxorgane	GDK	GDK	GDK	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33041	Mamma - Sonographie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33042	Abdominelle Sonographie	GDK	GDK	GDK	GDK	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33043	Uro-Genital-Sonographie	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Hamblase	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33046	Zuschlag Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	GDK	GDK	GDK	GDK	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33051	Sonographie der Säuglingshöften	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33052	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie <small>[GKV-SV, DKG, PaV] Frauenheilkunde und Geburtshilfe</small>	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<small>[DKG, PaV]</small> Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichtherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neurologie			
IV	34	34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.6	Osteodensitometrie	34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.6	Osteodensitometrie	34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34700	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34701	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34702	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34703	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34704	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34705	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34706	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34707	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen - F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Bauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
						Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	[GAV-SV, DKG, PaIV] Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	[DKG, PaIV] Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichtherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuro radiologie			
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40152	Ausgegebenes Testbriefchen (Albumin im Stuhl)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40154	Bezug der Testsubstanz für ¹³ C-Harnstoff-Atemtest	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40156	Bezug von Mifepriston für medikamentöse Abruptio	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40157	Kostenpauschale für Schweißtest	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40160	Kostenpauschale für interventionelle endoskopische Untersuchungen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40161	Kostenpauschale für transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den GOP 08312 und 26316 für die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40165	Kostenpauschale für Liposuktion beim Lipödem Stadium III	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40167	Kostenpauschale bei Durchführung einer FeNO-Messung für das Mundstück (und ggf. Sensor)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
V	40	40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	40300	Sachkosten für eine Koronarangiografie	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000
V	40	40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	40301	Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000
V	40	40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	40302	Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000
V	40	40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	40304	Sachkosten für PTCA / Stent an mehreren Gefäßen bei Koronarangiografie	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000	000	000	000	GoK	000	000	000	000	000



1 Tragende Gründe

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
3 über eine Änderung der Richtlinie ambulante
4 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:
5 Ergänzung der Anlage 1.2 Buchstabe b zerebrale Anfallsleiden
6 (Epilepsie)

7 **Stand: 14.09.2023**

8 **Legende:**

9 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

10 **Grau hinterlegte Textteile:** Spezifische Anpassungen erforderlich

11 *Kursiv: redaktionelle Hinweise zum Vorgehen*

12

13 **Hinweis:** Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des
14 Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Abstimmung mit den Bänkesprechern
15 finalisiert.

16

17 Vom **21. Dezember 2023**

18 **Inhalt**

19	1. Rechtsgrundlage.....	3
20	2. Eckpunkte der Entscheidung.....	3
21	3. Bürokratiekostenermittlung	20
22	4. Verfahrensablauf.....	20
23	5. Fazit	22
24	6. Literaturverzeichnis	22

25 7. Zusammenfassende Dokumentation..... 23
26

27 **1. Rechtsgrundlage**

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

33 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

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

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

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

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

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

55 **2.1 Aufbau**

56 Die Gliederung der Anlagen wurde im Grundsatz entsprechend der ABK-RL übernommen. Der
57 Behandlungsumfang wird nun differenziert nach Diagnostik, Behandlung und Beratung
58 dargestellt.

59 Die Anlage zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) ist wie folgt gegliedert:

- 60 1. Konkretisierung der Erkrankung
- 61 2. Behandlungsumfang
- 62 • Diagnostik
- 63 • Behandlung
- 64 • Beratung
- 65 3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
- 66 3.1 Personelle Anforderungen
- 67 a) Teamleitung
- 68 b) Kernteam
- 69 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
- 70 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
- 71 3.3 Dokumentation
- 72 3.4 Mindestmengen
- 73 4. Überweisungserfordernis
- 74 5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

75 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:

76 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

77 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
78 mit zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie), wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung
79 eine interdisziplinäre oder komplexe oder besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

80 In § 116b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe f SGB V ist vorgegeben, dass die ASV die Diagnostik
81 und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen von
82 zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) umfasst, welche den Erkrankungen mit besonderem
83 Krankheitsverlauf zugeordnet wurde. Daher wird für diese Anlage der Fokus der
84 Konkretisierung zu Diagnostik und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten so gesetzt,
85 dass diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe
86 Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen. Um diese
87 Besonderheiten hervorzuheben, wurden Präzisierungen vorgenommen. Durch die
88 aufgeführten Kriterien, die v.a. die spezielle Expertise (z.B. Kenntnis von diffizilen
89 epileptischen Phänomenen, Umgang mit Multimedikation, toxischen Nebenwirkungen,
90 Erhaltung der Therapieadhärenz, psychische Komorbiditäten) hervorheben, wird
91 gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die
92 keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich
93 gehören. Ergänzend zum Überweisungserfordernis obliegt den Kernteamärzten wie in allen
94 anderen Anlagen die Indikationsbestätigung für die ASV.

95 **2.2.2 Behandlungsumfang**

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

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

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

108 **Diagnostik**

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

- 111 – Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- 112 (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie)
- 113 – Anamnese
- 114 – Laboruntersuchungen (zum Beispiel immunologische Labordiagnostik, Bestimmung von
- 115 Arzneimittelspiegeln)
- 116 – Neurologische Untersuchung
- 117 – Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- 118 – Neuropsychologische Untersuchungen
- 119 – Psychiatrische Untersuchung

120 **Behandlung**

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

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

130 von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz
131 4 ASV-RL erfüllt sind.

132 Im individuellen Patientenfall können beratende Hinweise zu epilepsiechirurgischen
133 Therapiemöglichkeiten sinnvoll sein. Da die operative Behandlung von Patientinnen und
134 Patienten mit zerebralen Anfallsleiden nicht im Rahmen dieser Anlage vorgesehen ist, soll als
135 Verbindung zu etwaigen außerhalb der ASV-Anlage stattfindenden entsprechenden Eingriffen
136 eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit Epilepsie-Chirurgie vorgesehen werden. Dies
137 dient u.a. auch der Versorgungskontinuität der Patientenversorgung.

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

140 **Beratung**

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

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

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

150 Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patientinnen und
151 Patienten. Durch die Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt der Patientin oder dem
152 Patienten helfen, die für seine Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die
153 Wahlfreiheit der Patientin und des Patienten bleibt bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie
154 weist auf die Wichtigkeit von Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen hin.

<p>DKG, PatV <u>zu Ausbildung, Beruf und sozialen Aspekten</u></p> <p>Die Berufsanamnese trägt bei Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden dazu bei, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Beschwerden und Leistungseinschränkenden aufgrund der Erkrankung festzustellen, sodass ggf. geeignete Vorkehrungen am Arbeitsplatz getroffen werden könnten, um das Risiko von Anfällen und Verletzungen zu minimieren. Darüber hinaus kann eine Berufsanamnese</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV <i>[keine Aufnahme]</i></p> <p>Die Berufs- und Sozialanamnese wird ärztlicherseits wie auch die Familien- und Eigenanamnese, die vegetative Anamnese und weitere Details der Anamnese routinemäßig im Rahmen der Anamnese erhoben und findet daher hier keine gesonderte Abbildung.</p>
---	--

<p>Aufschluss darüber geben, ob berufliche Tätigkeiten aufgrund der Art und Häufigkeit der zerebralen Anfälle für die Betroffenen ungeeignet sind. Aufgrund der Auswirkungen einiger Behandlungsmethoden auf die Konzentration und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen, kann die Berufsanamnese auch die Therapieauswahl beeinflussen. Dies ist insbesondere bei der Berufswahl zu berücksichtigen. Da die Erkrankung nicht nur erhebliche Auswirkungen auf den jeweiligen Arbeitsbereich haben kann, sondern auch auf die Teilhabe am sozialen Leben der Betroffenen, ist neben der Berufsanamnese auch die Sozialanamnese der Patientinnen und Patienten zu erfassen.</p>	<p>Weiterhin stellt diese Ergänzung eine Friktion zu allen bisherigen ASV-Anlagen dar.</p> <p>In der Anlage Lungentumoren und Tumoren des Thorax müsste dann beispielsweise auch eine „Anpassung“ vorgenommen werden.</p> <p>„Berufliche Karzinogene sind für ca. 5 % der Lungenkarzinome verantwortlich, davon fallen mehr als 90% der Fälle zu Lasten von Asbest.</p> <p>Da es sich bei dem Beschlussentwurf nicht um ein medizinisches Lehrbuch handelt, sollte auf weitere inhaltliche Ausweitungen – auch wenn sie fachlich korrekt sind – verzichtet werden.</p>
---	--

155

156 zu Diagnostik und Behandlung (z.B. auch Epilepsie-Chirurgie)

157 Wird mit Hilfe einer medikamentösen Behandlung keine Anfallsfreiheit erreicht, sollte auch
 158 die Möglichkeit eines epilepsiechirurgischen Eingriffs individuell geprüft werden, um die
 159 Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und das Risiko für Folgeerkrankungen zu
 160 verringern (Vgl. ABK-Alt). Die Beratung der Patientinnen und Patienten zu operativen
 161 Behandlungsmöglichkeiten wurde daher in die Anlage zerebrale Anfallsleiden
 162 aufgenommen.

163

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p><u>zur Ernährung (z.B. Ketoqene Diät)</u></p> <p>Die Ernährung kann die Häufigkeit und Schwere von zerebralen Anfallsleiden wesentlich beeinflussen. Ketogene Ernährungstherapien (KET) gelten als Therapieoptionen bei zerebralen Anfallsleiden, vor allem bei pharmakoresistenten und schwer behandelbaren Epilepsien im Kindes- und Jugendalter. Ihre Wirksamkeit ist in zahlreichen Publikationen, darunter 13 randomisierten Studien, gut beschrieben. Die KET wurden daher beispielhaft unter der Beratung</p>	<p>GKV-SV</p> <p><u>zur Ernährung</u></p> <p>Dieser dezidierte Hinweis birgt die Gefahr, dass der jetzt zu fassende Beschlussentwurf in absehbarer Zeit erneut überarbeitet werden muss.</p> <p>Daten zu einem potentiellen kardiovaskulären Risiko durch KET sind gemäß der S1-Leitlinie nach wie vor widersprüchlich.</p> <p>Weiterhin erscheint es</p>
--	--

<p>zur speziellen Ernährung in der Anlage zerebrale Anfallsleiden aufgenommen.</p>	<p>unverhältnismäßig gegenüber anderen therapeutischen Schwerpunkten einen solchen Fokus zu setzen.</p> <p>Da es sich bei einer ASV-Anlage um kein medizinisches Lehrbuch handelt wäre hier ein Präjudiz geschaffen mit nicht absehbaren Folgen für die bisher verabschiedeten ASV-Anlagen.</p>
--	---

164

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

167 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

168 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

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

172 **a) Teamleitung**

173 – Neurologie

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

<p>DKG</p> <p>Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie nicht verfügbar ist, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

177

<p>DKG</p> <p>Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.</p>
---	---

<p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen.</p> <p>In diese Fachdisziplin ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht diesen Fachgruppen auf diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, die Leitungsfunktion.</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder. eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikation möglich.</p>	<p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen.</p> <p>In dieser Fachdisziplin ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht diesen Fachgruppen auf diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, die Leitungsfunktion.</p>
--	---

178

179 **b) Kernteam**180 Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie

181 Spezialisierte Fachärzte für Neurologie verfügen über das nötige Fachwissen, um die
182 zahlreichen Manifestationen dieser Erkrankungen einschätzen und beurteilen zu können und
183 so das diagnostische und therapeutische Vorgehen zu koordinieren. Aufgrund der zentralen
184 Rolle dieser Fachgruppe wird auf das Einschließen von weiteren Fachärzten in das Kernteam
185 verzichtet. Gleichzeitig soll durch die Aufnahme von zwei Fachärzten für Neurologie der
186 fachliche Austausch, insbesondere zu den modernen, komplexen und potentiell
187 komplikationsbehafteten Therapieoptionen, gefördert werden.

188 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine
189 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin dem Schwerpunkt
190 Neuropädiatrie vorgesehen, da die Expertise eines Kinder- und Jugendmediziners zwingend
191 erforderlich ist. Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer
192 angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit dem Schwerpunkt

193 Neuropädiatrie bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für
 194 Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikationen möglich, falls keine
 195 Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt
 196 Neuropädiatrie verfügbar ist und somit die Teambildung erschwert würde.

197 Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen
 198 und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden
 199 werden müssen. Fachärzte, deren Expertise bei einzelnen Krankheiten oder Symptomen
 200 benötigt wird, sind hingegen unter den Hinzuzuziehenden verortet.

201 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

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

GKV-SV, DKG, PatV	KBV
<u>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</u>	[hier streichen]

204

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
<u>Innere Medizin und Kardiologie</u>	[keine Aufnahme]
Im Zusammenhang mit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden können beispielsweise pharmakologisch begründete Symptomatiken wie Schwindel, Benommenheit sowie Herzrhythmusstörungen auftreten, die eine entsprechende Abklärung, Überwachung bzw. Kontrolle durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie erforderlich machen.	Zu den Hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehört die Fachgruppe Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie. Daher wird das Erfordernis nach einer weiteren Fachgruppe für die Innere Medizin nicht geteilt. Von den zehn häufigsten Medikamenten, die bei der Behandlung der Epilepsie eine Rolle spielen, liegen die häufigsten Nebenwirkungen nicht im kardiologischen Bereich. Stattdessen dominieren neurologische Symptome. Weiterhin besteht die Möglichkeit einer Versorgung im vertragsärztlichen Bereich.

205

206 **Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden folgende Änderungen an der**
 207 **Ebene der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte vorgenommen:**

208 Humangenetik

209 Zerebralen Anfallsleiden können neben einer Vielzahl von Ursachen auch genetische
 210 Dispositionen (z.B. Ionenkanal- oder Transmitterrezeptormutation, tuberöser Sklerose) zu
 211 Grunde liegen. In diesem Zusammenhang kann zur Versorgung der Patientinnen und
 212 Patienten die Expertise der Fachgruppe Humangenetik erforderlich sein. Mit Aufnahme dieser
 213 Fachgruppe in die 3. Ebene soll u.a. die Aufklärung, Erkennung und Betreuung von
 214 Patientinnen und Patienten mit genetisch bedingten zerebraler Anfallsleiden einschließlich
 215 der humangenetischen Untersuchungen und Beratung sichergestellt werden.

216 Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 217 Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher
 218 Psychotherapeut

219 Der Behandlung nach ABK-RL sah in der interdisziplinären Zusammenarbeit bei Bedarf auch
 220 Fachabteilungen und/oder Fachärzte oder Fachärztinnen bzw. Disziplinen wie Psychiatrie und
 221 Psychotherapie bzw. sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden Kinder- und
 222 Jugendpsychiatrie / Psychotherapie vor. In den strukturellen Regelungen zur ASV ist ebenso
 223 die Einbindung von Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie möglich.

224 Radiologie

225 Zusätzlich zur Facharztgruppe Radiologie kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie
 226 mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie benannt werden, um so im Rahmen der Diagnostik
 227 diese spezielle Expertise einbinden zu können ohne dadurch die Teambildung zu erschweren.

228 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 229 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
 230 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
 231 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und
 232 Jugend-Kardiologie oder Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -
 233 Diabetologie als Teammitglied benannt werden.

234 Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen
 235 Verfügbarkeit dieser Fachgruppen bestehen und im Kernteam bereits ein Kinder- und
 236 Jugendmediziner vorhanden sein muss, falls das Team Kinder und Jugendliche behandelt, hat
 237 dieser hier ausdrücklich eine „Kann“-Regelung vorgesehen.

238

239 **Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden folgende**
 240 **Facharztgruppen nicht ins ASV-Team aufgenommen:**

241

242

243

<p>KBV</p> <p><u>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</u></p> <p>Auf Grund von Hinweisen aus der gelebten Praxis, von Experten und Berufsverbänden sowie aus dem vom Innovationsausschuss geförderten Projekt „GOAL-ASV“ wird deutlich, dass einerseits auf zerebrale Anfälle spezialisierte Neurologinnen und Neurologen für spezifische gynäkologische Fragestellungen (insbesondere zu medizinisch nicht vertretbaren Risiken bei Schwangerschaft, Umgang mit Arzneimitteln mit potentiell keim-schädigenden Nebenwirkungen) ausreichend Expertise mitbringen und andererseits Patientinnen mit Epilepsie üblicherweise die ihnen vertrauten Gynäkologinnen und Gynäkologen der Regelversorgung aufsuchen und nicht wechseln. Zudem sind Gynäkologinnen und Gynäkologen mit besonderer Spezialisierung auf diesem Gebiet rar. Daher verzichtet der G-BA entgegen dem Vorgehen nach ABK-RL auf die Einbindung dieser Facharztgruppe in das ASV-Team, um die Teambildung nicht zu gefährden.</p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV</p> <p>[hier streichen]</p>
--	---

244

245 Neurochirurgie

246 Eine Einbindung neurochirurgischer Expertise erfolgt im Rahmen der Behandlung von
247 zerebralen Anfallsleiden regelhaft nicht ambulant, weshalb auf die Verortung der Fachgruppe
248 Neurochirurgie in der 3. Ebene verzichtet wurde. Als Verbindung zu etwaigen außerhalb der
249 ASV stattfindenden entsprechenden Eingriffen wird eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen
250 mit Epilepsie-Chirurgie vorgesehen.

251 **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

254 Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet
255 werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a.
256 eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren
257 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem
258 Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme: Beratung zu psycho-sozialen Beratungs- und
259 Betreuungsangeboten. Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation
260 erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die
261 Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und
262 Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapierlevanten

263 Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und
264 Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

265 Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung unter Nummer 3.2 b) wurde aus fachlichen
266 Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Fachärztin
267 bzw. ein Facharzt Rufbereitschaft leisten muss. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die 24-
268 Stunden-Erreichbarkeit für ihre Patientinnen und Patienten bereits gelebte Praxis.

269 Epilepsie-Chirurgie

270 Weil eine Einbindung neurochirurgischer Expertise im Rahmen der Behandlung von zerebralen
271 Anfallsleiden regelhaft nicht ambulant erfolgt und deshalb auf die Verortung der Fachgruppe
272 Neurochirurgie in der 3. Ebene verzichtet wurde, soll als Verbindung zu etwaigen außerhalb
273 der ASV-Anlage stattfindenden entsprechenden Eingriffen eine Zusammenarbeit mit
274 Einrichtungen mit Epilepsiechirurgie vorgesehen werden.

275 **2.2.3.3 Dokumentation**

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

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

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

284 **2.2.3.4 Mindestmengen**

GKV-SV, KBV, PatV	DKG
Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus. Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ (116b Abs. 1 Satz 1 SGB V) und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere	Von der Festlegung einer Mindestmenge wird abgesehen, da nicht hinreichend feststeht, dass hierdurch eine deutliche Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse erreicht werden kann. Die Anwendung einer Mindestmengenregelung ist bereits im Ansatz auf solche Bereiche der Versorgung beschränkt, bei denen sie einen für die Versorgung substantiellen eigenständigen Beitrag zur Verwirklichung des in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V umschriebenen

<p>Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden mitbringen müssen. Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können.</p> <p>Nach der ABK-RL § 6 war zu den Mindestmengen für die Behandlung von Erkrankungen nach Anlage 3 grundsätzlich ein Richtwert von 0,1 % der bundesweit prävalenten Fälle geregelt; von diesem Grundsatz konnte der Gemeinsame Bundesausschuss in begründeten Einzelfällen abweichen. Aktuell wurde die nach ABK für die Behandlung von Anfallsleiden bereits abweichende Mindestmenge von 330 je Einrichtung durch den G-BA geprüft.</p> <p>Nach Expertenmeinung benötigen ca. 30 % der Patientinnen und Patienten die besondere Expertise eines Epileptologen. Die ASV soll weitere Optionen in den Versorgungsstrukturen jenseits einer „klassischen“ neurologischen Praxis für unkompliziertere Verläufe sowie jenseits von noch stärker spezialisierten, überregionalen Epilepsie-Kompetenzzentren schaffen. Vor diesem Hintergrund und unter Beachtung der Kriterien der Konkretisierung wird die Mindestmenge auf 110 für die ASV festgelegt.</p>	<p>Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen – nicht erreichbar erscheinen.</p> <p>Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne, so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.</p> <p>Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) entwickelt wird.</p>
---	--

285

286 2.2.4 Überweisungserfordernis

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

289

290

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

291

<p>GKV-SV</p> <p>Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Bei der Epilepsie handelt es sich um eine Gruppe von Erkrankungen des Gehirns unterschiedlicher Ursachen, bei denen zerebrale Anfälle auftreten. Ein epileptischer Anfall ist ein Symptom einer zerebralen Funktionsänderung, welche typischerweise mit charakteristischen Veränderungen im Elektroenzephalogramm (EEG) einhergehen. Da ein einzelner epileptischer Anfall jedoch noch keine Epilepsie ist, sind die Begriffe „epileptischer Anfall“ und „Epilepsie“ klar voneinander abzugrenzen. Tritt der Anfall nur einmalig auf wird er als „Gelegenheitsanfall“ bezeichnet. Etwa 5-10% aller Menschen erfahren einmal in ihrem Leben einen solchen Gelegenheitsanfall. Ursachen hierfür können z.B. eine Gehirnschädigung durch eine Verletzung oder Entzündung, ein massiver Blutzuckerabfall,</p>	<p>DKG, PatV</p> <p>Die Diagnose eines zerebral bedingten Anfallsleidens erfolgt u.a. auf Basis von Anamnese und klinischer Untersuchung hinsichtlich charakteristischer Symptome und postiktaler Phänomene sowie mittels weiterer mitunter aufwendigen (technischen) Untersuchungsverfahren. Bei diagnostischer Unsicherheit hinsichtlich der Einordnung der Anfallsereignisse kann in diesem Zusammenhang gegebenenfalls auch die Vorstellung in einer spezialisierten Einrichtung erforderlich werden, um wichtige Differentialdiagnosen, wie beispielsweise psychogene nicht-epileptische Anfälle (dissoziative Anfälle) oder auch (konvulsive) Synkopen abzugrenzen und die Diagnose zu sichern. Vor diesem Hintergrund können auch Patientinnen und Patienten mit Verdachtsdiagnose im Rahmen der Anlage betreut werden. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt</p>	<p>KBV</p> <p>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. Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV. Da es sich um eine</p>
---	---	--

<p>Alkoholentzug, Vergiftungen oder Sauerstoffmangel sein.</p> <p>Zu den Differentialdiagnosen der Epilepsie gehören weiterhin Synkopen und dissoziative Anfälle, die im vertragsärztlichen Bereich von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Neurologie diagnostiziert werden können.</p> <p>Wäre eine Verdachtsdiagnose für die Überweisung in die ASV ausreichend stellt sich die Frage nach ausreichenden Ressourcen, die das hochspezialisierte ASV-Team zur Verfügung stellen müsste. Es besteht die Gefahr, dass der Aufwand zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen dann zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht, die eine gesicherte Diagnose haben und dringend auf die Expertise des ASV-Teams angewiesen sind.</p> <p>Im Mittel erkranken in den entwickelten Ländern ca. 50 von 100.000 Kindern jedes Jahr an einer Epilepsie. Im 1. Lebensjahr ist dieser Anteil fast 3-mal so hoch und fällt dann bis zum 5.-10. Lebensjahr kontinuierlich ab. Insgesamt machen Kinder einen Anteil von ca. 25% aller Neuerkrankungen aus. Die Prävalenz der Epilepsien im Kindesalter beträgt etwa 0,5%.</p> <p>In der Gesamtschau ist daher auch bei Kindern eine gesicherte Diagnose wichtig, um von der Expertise des ASV-Teams profitieren zu können.</p>	<p>in eine gesicherte Diagnose überführt sein.</p> <p>Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV. Da es sich um eine lebenslange Erkrankung handelt, wurde auf eine Befristung der Überweisung verzichtet.</p>	<p>lebenslange Erkrankung handelt, wurde auf eine Befristung der Überweisung verzichtet.</p>
--	--	--

292 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

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

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

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

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

315 Grundlage für den Ziffernkranz bei zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) ist der Einheitliche
316 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
317 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
318 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
319 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des
320 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023. Ebenfalls wird in der Präambel auf das
321 Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden
322 Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V
323 hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs
324 bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach
325 § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

326 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix.
327 Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V
328 im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus

329 Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall Hinweise
 330 an den G-BA erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung unterjährig
 331 Anpassungsbedarf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den
 332 Regelungsbereich des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zur
 333 abschließenden Änderung des Appendix durch den G-BA ggf. entsprechende
 334 Übergangsvorschriften festzulegen.

335 **Abschnitt 1:**

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

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

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

350 **Die Definition der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Appendix erfolgte analog dem** 351 **Aufbau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):**

352 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

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

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

362 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

363 Arztgruppenspezifische Leistungen des Bereichs III des EBM wurden entsprechend den
 364 Vorgaben des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den

365 erkrankungsspezifischen Regelungen identifiziert und den entsprechenden Facharztgruppen
366 der drei Ebenen des ASV-Teams zugeordnet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

392 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen
393 ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen
394 und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) in Frage kommen.

395 **Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen**

396 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

397 Obwohl es sich um allgemeine Laborleistungen handelt, die prinzipiell bei jeder Fachgruppe
398 anfallen und von dieser erbracht werden können, werden diese Leistungen nur den
399 Laborärztinnen oder Laborärzten und dem Kernteam zugeordnet. Begründung: Im Rahmen

400 der ASV können die Leistungserbringer der dritten Ebene nur per Definitions- oder
401 Indikationsauftrag tätig werden. Diese im ASV-Zusammenhang zwingend geforderte
402 Beauftragung sollte an die Fachkompetenz – Stichwort Kern des Fachgebiets – gehen.

403 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

404 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

418 3. Bürokratiekostenermittlung

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

423 4. Verfahrensablauf

424 Am 7. Dezember 2022 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV)
425 bzw. am 28. Juni 2023 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des
426 Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im
427 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende
428 Tabelle)

429

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL

9. November 2022	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)
7. Dezember 2022	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
10. Januar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
16. Februar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
21. März 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
18. April 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
31. Mai 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
22. Juni 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Juni 2023	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
20. Juli 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. Juli 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
22. August 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
24. August 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
13. September 2023	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
	AG ASV	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
	AG ASV	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
	AG ASV-RL Appendix	
	UA ASV	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und ggf. der Anhörung, Beschlussempfehlung an das Plenum

21. Dezember 2023	Plenum	vorauss. Beschlussfassung
-------------------	--------	---------------------------

430 (Tabelle Verfahrensablauf)

431 Stellungnahmeverfahren

432 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den
 433 Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten
 434 Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des
 435 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante
 436 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie)) Stellung zu
 437 nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

438 Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **T. Monat JJJ** wurde das
 439 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten
 440 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung
 441 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJ**.

442 Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die
 443 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz
 444 und die Informationsfreiheit legten ihre Stellungnahmen fristgerecht zum T. Monat JJJ vor
 445 (**Anlage 5**). Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem
 446 Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

447 Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **T. Monat JJJ**
 448 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **T. Monat JJJ**
 449 durchgeführt (**Anlage 5**).

450 Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der/den
 451 stellungnahmeberechtigten Organisation/Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat**
 452 **JJJ** zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl.
 453 **Anlage 5**).

454 5. Fazit

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

457 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

458 6. Literaturverzeichnis

459 *[Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an*
 460 *das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des*

461 *Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende*
462 *Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]*

463 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

464 *[Wenn keine Bürokratiekosten entstehen, kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird und*
465 *ansonsten keine Dokumente den Beratungsprozess veranschaulichen sollen, kann die*
466 *Zusammenfassende Dokumentation entfallen.]*

467 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

468 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

469 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en versandter
470 Beschlussentwurf über eine Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte
471 Tragende Gründe

472 Anlage 4: Stellungnahme/n *[auch dann, wenn nur der Verzicht erklärt wird]* des
473 Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, des
474 Robert Koch-Instituts, der Bundesärztekammer, ... *[ggf. mit Schwärzung der*
475 *personenbezogenen Absenderdaten wie z.B. mitarbeiterbezogene Durchwahlen*
476 *und E-Mail-Adressen, Kontodaten]*

477 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem
478 Wortprotokoll der Anhörung

479 *[Eine Vorlage der Anlage 3 zu den Tragenden Gründen (an die stellungnahmeberechtigte*
480 *Organisation versandter Beschlussentwurf sowie versandte Tragenden Gründe) ist für die*
481 *Beratungen im UA in der Regel nicht erforderlich. Dem Plenum ist hingegen die vollständige*
482 *Zusammenfassende Dokumentation vorzulegen.]*

483

484 Berlin, den 21. Dezember 2023

485 Gemeinsamer Bundesausschuss

486 gemäß § 91 SGB V

487 Der Vorsitzende

488 Prof. Hecken

489



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 06.10.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1344

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

BETREFF **Änderung ASV-RL: Ergänzung Anlage 1.2 b) - Epilepsie**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

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

Zum im Betreff genannten Beschlussentwurf über eine Änderung der ASV-RL: Ergänzung der Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) - gebe ich aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

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



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 12.10.2023

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

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

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

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Ergänzung der Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**

Ihr Schreiben vom 14.09.2023

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

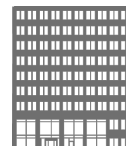
vielen Dank für Ihr Schreiben vom 14.09.2023, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Ergänzung der Anlage
1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)“ (ASV-RL) gegeben wird.

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

Mit freundlichen Grüßen

gez.

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



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung Anlage 1.2 b) Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.2b) – Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Inhalt

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	6. Oktober 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	12. Oktober 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird