



Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Vom 19. Dezember 2019

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Aufbau	2
2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen	3
2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung	3
2.2.2 Behandlungsumfang	3
2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	7
2.2.3.1 Personelle Anforderungen	7
2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen	9
2.2.3.3 Dokumentation	10
2.2.3.4 Mindestmengen	10
2.2.4 Überweisungserfordernis	10
2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)	11
3. Bürokratiekostenermittlung	13
4. Verfahrensablauf	13
5. Stellungnahmeverfahren	14
6. Fazit	15
7. Literaturverzeichnis	15
8. Zusammenfassende Dokumentation	15

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 Richtlinienresultieren (zum Beispiel 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 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax der ASV-RL 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 Tumoren der Lunge und des Thorax. Sie bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.

Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.

Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in einer eigenen erkrankungsspezifischen Regelung festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen werden soll.

ICD-Kodes, die sekundäre bösartige Neubildungen beschreiben, wurden nicht aufgenommen.

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

Der ICD-10-GM-Kode C80.0 beschreibt eine "bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation". In der wissenschaftlichen Literatur wird diese Erkrankung als "cancer of unknown primary" (CUP) bezeichnet. Dies trifft auf etwa 3% aller bösartigen Tumorerkrankungen zu. Neuere Erkenntnisse sprechen dafür, eine umfangreiche histo- und molekularpathologische Untersuchung des Tumorgewebes durchzuführen, um mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit ableiten zu können, welcher Primärtumor vorliegt. Die "Arbeitshypothese" für den angenommenen Primärtumor ist dann therapieliegend (siehe Behandlungsempfehlung der internistisch-onkologischen Fachgesellschaft DGHO, <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/cup-syndrom-krebserkrankungen-mit-unbekanntem-primartumor/@@view/html/index.html>). Deshalb ist es sinnvoll C80.0 zu berücksichtigen, da der vermutete Primärtumor jeder Tumorgruppe angehören kann.

2.2.2 Behandlungsumfang

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

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

Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine Aufzählung der möglichen Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die eine Patientin oder ein Patient in der ASV erwarten kann. Die vollständige und abschließende Aufzählung der Leistungen sowie die Zuordnung zu den an der ASV beteiligten

Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzogen. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend aufgeführt. Die Leistungen außerhalb des EBM werden ergänzend benannt.

Diagnostik

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

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

In der ASV steht die Positronen- Emissions-Tomografie/Computertomografie (PET/CT) bei vom G-BA beschlossenen Indikationen zur Diagnostik ebenso zur Verfügung wie in der Regelversorgung. In der ASV-Anlage Tumoren der Lunge und des Thorax betrifft dies verschiedene Indikationen bei Lungenkarzinom und Lungenrundherden, für die es eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V gibt. Diese PET oder PET/CT-Untersuchungen bei Lungenkarzinom werden im Beschluss unter 2 Behandlungsumfang getrennt von weiteren Indikationen aufgeführt, die bisher ausschließlich in der ASV den Einsatz von PET oder PET/CT ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht den hohen Stellenwert personalisierter Therapien in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs und wird den Zugang zu weiterer spezieller molekularer Diagnostik und Therapie berücksichtigen. Die Diskussion um die Öffnung dieser Leistungen für alle Patientinnen und Patienten in der ASV wird zeitnah geführt.

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 zur Behandlung 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 Patienten. Onkologische Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, mit denen der Patient lebenslang umzugehen lernen muss. Durch die Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen, die für seine Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des Patienten bleibt bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen hin.

Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann die Ernährung den Verlauf onkologischen Erkrankungen unter anderem durch die Beeinflussung von Entzündungsmediatoren positiv verändern.

Die S3-Leitlinie Lungenkarzinom[1] besagt, dass die Beendigung des Tabakrauchens bei Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs positive Effekte insbesondere auf postoperative Komplikationen und das Auftreten von Zweittumoren zeigt, so dass die Beratung zur Tabakentwöhnung in den Behandlungsumfang der ASV aufgenommen wird.

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

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

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

Über die vom G-BA für die Regelversorgung beschlossenen PET-Indikationen hinaus gibt es für die ASV "Tumoren der Lunge und des Thorax" weitere Indikationen für PET; PET/CT-Untersuchungen, die eingesetzt werden, wenn die konventionelle Diagnostik des Thorax keine ausreichende Beurteilung zulässt. Die MRT im Bereich der Lunge und des Thorax ist häufig aufgrund von atem- und herzschlagbedingten Bewegungsartefakten nur eingeschränkt beurteilbar und kann in ihrer Aussagekraft stark eingeschränkt sein.

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

- Einige Patienten profitieren von einer nuklearmedizinischen Therapie, wenn eine chirurgische Intervention nicht mehr sinnvoll ist. Voraussetzung hierfür ist ein Rezeptorstatus. Bei neuroendokrinen Tumoren werden regelhaft radioaktive Somatostatin-Rezeptor-Liganden eingesetzt. Da Paragangliome jedoch häufig eine SDHx-

Mutation aufweisen, die zu einer sogenannten Pseudohypoxie des Tumorgewebes mit konsekutiver F-18-FDG-Mehrspeicherung führt, stellen sich diese (mutierten) Tumoren mit kräftiger Tracer-Aufnahme in der F-18-FDG-PET/CT dar.

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

- Mesotheliome kommen sehr selten vor; üblicherweise erfolgt bei kurativer Intention als Therapie eine extrapleurale Pneumektomie und Polychemotherapie. Zuvor sollten extrathorakale Metastasen und kontralaterale Manifestationen ausgeschlossen werden.

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik

- Lymphknoten im Mediastinum oder Restbefunde von Thymuskarzinomen nach Operation, Chemotherapie und Strahlentherapie lassen sich oft im CT nicht ausreichend gut charakterisieren. Daher eignet sich die PET; PET/CT besonders gut für das Staging und die Rezidivdiagnostik. F-18-FDG stellt eher undifferenzierte Zellen dar (aggressive Tumoren), mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden lassen sich hochdifferenzierte Zellen darstellen.

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums bzw. der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

- Bösartige Neubildungen von Mediastinum und Pleura sind häufig differentialdiagnostisch schwer abzugrenzen. Hilfreich ist hier eine Darstellung mittels F-18-FDG-PET.

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen Binde- und Weichteilgewebes (z. B. Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

Binde- und Weichteilgewebssarkome sind sehr seltene Tumoren. Auch wenn die Positronen-Emissions-Tomographie in der Diagnostik von Weichteilsarkomen noch keinen in Leitlinien exakt definierten Stellenwert hat, kann sie doch Hinweis zur Ausbreitung geben, wenn diese durch konventionelle Diagnostik nicht ausreichend darstellbar ist. Eingesetzt wird sie auch nach Induktionschemotherapie vor chirurgischer Sanierung von Restbefunden.

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

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

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

b) Kernteam

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

Bei Herztumoren zusätzlich:

- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie

In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (zum Beispiel Fachärztin oder Facharzt mit Schwerpunkt) abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen oder Ärzten, die in dem entsprechenden Fachgebiet schon länger tätig sind, aber naturgemäß die neu eingeführte Spezialisierung als Ausbildungsinhalt nicht erworben haben können, diese Leistungen weiter zu erbringen. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des EBM gemäß § 87 Absatz 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne spezialisierte Facharztkompetenz (Schwerpunkt) unter bestimmten Bedingungen ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen erhalten.

Um auch erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten, die über den oben genannten Weg die Zulassung erworben haben und zum Beispiel im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)) seit Jahren onkologische Leistungen erbringen, die Teilnahme an der ASV zu ermöglichen, wurde die Sonderregelung für das Kernteam getroffen, dass sowohl Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie als auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, teilnehmen können. Es handelt sich um eine Übergangsregelung basierend auf entsprechenden Regelungen im EBM, um die letztgenannten erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzte nicht von der ASV auszuschließen. Der Stichtag wurde erstmalig mit der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen- Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle am 20.02.2014 beschlossen, der 31. Dezember 2015 als angemessener Zeitraum erachtet, um eine Teambildung nicht zu gefährden. Mit der generellen Stichtagsregelung, die bei Teilnahme der entsprechenden Fachgruppe für alle Anlagen zur ASV-RL gilt, wird hervorgehoben, dass

zukünftig die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie verpflichtende Voraussetzung sein soll.

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

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:

- Anästhesiologie
- Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Radiologie

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

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

- Innere Medizin und Nephrologie

Der G-BA kam in seinen Beratungen zu dem Schluss, dass diese spezielle Expertise für die ASV Lungentumore nicht zwingend erforderlich ist. Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie sind in der ABK-RL im allgemeinen onkologischen Teil aufgeführt und werden nur bei medizinischer Notwendigkeit in die Behandlung einbezogen, welche im Rahmen der Anlage Lungentumore nicht regelhaft gesehen wird. Sollte eine Dialyse in Folge von Therapienebenwirkungen erforderlich sein, kann diese auch ambulant oder stationär außerhalb der ASV durchgeführt werden.

- Neurochirurgie

Entsprechend der ABK-Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden...“

Die dritte Ebene des Behandlungsteams wurde daher um die Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie ergänzt. Bei Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs treten bei ca. 25% im Krankheitsverlauf Metastasen im Gehirn und bei ca. 40% Metastasen im Knochen auf[2,3]. Bei Hirnmetastasen und bei Metastasen in der Wirbelsäule kommt neben einer stereotaktischen Bestrahlung auch eine operative Resektion in Betracht. Die ständige Verfügbarkeit beider Fachdisziplinen (Neurochirurgie und Strahlentherapie) ist deshalb unverzichtbar, um die im Einzelfall optimale Therapiestrategie kurzfristig abstimmen zu können. Verzögerungen im Behandlungsablauf erhöhen das Risiko für schwere neurologische Ausfälle wie zum Beispiel Querschnittslähmung.

- Orthopädie und Unfallchirurgie

Entsprechend der ABK-Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden, ...“

Die dritte Ebene des Behandlungsteams wurde daher um die Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie ergänzt. Bei Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs treten bei ca. 40 % im Krankheitsverlauf Knochenmetastasen auf (siehe oben).

In Abhängigkeit von Lokalisation und Frakturgefährdung kommt eine Operation oder Bestrahlung als Behandlungsmöglichkeit in Betracht. Die ständige Verfügbarkeit beider Fachdisziplinen (Unfallchirurgie und Orthopädie oder Strahlentherapie) ist deshalb unverzichtbar, um die im Einzelfall optimale Therapiestrategie kurzfristig abstimmen zu können. Verzögerungen im Behandlungsablauf erhöhen das Risiko für pathologische Frakturen, die mit erheblichen Schmerzen und Funktionseinschränkungen verbunden sind.

- Des Weiteren wurde die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ergänzt um die Fachgruppe Psychotherapie sowie Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, um diese Fachgruppen nicht von der ASV auszuschließen.
- Viszeralchirurgie

Entsprechend der ABK-Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden, ...“ wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams um die Fachärztinnen und Fachärzte für Viszeralchirurgie ergänzt. Bei Lebermetastasen, die in der Regel medikamentös behandelt werden, kann in Abhängigkeit von Größe und Lokalisation eine Operation oder ein lokalablatives Verfahren angezeigt sein. Zur psychoonkologischen Betreuung muss eine entsprechend qualifizierte Fachdisziplin verfügbar sein.

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

2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

Die Anforderung, dass unter anderem eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)“. Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen

geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapierelevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung wurde aus fachlichen Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Ärztin oder ein Arzt Rufbereitschaft leisten muss. In der Versorgung von onkologischen Patienten ist die 24-Stunden-Erreichbarkeit bereits gelebte Praxis und wird auch im Rahmen der ASV gewährleistet. Sie kann entweder durch eine internistische oder chirurgische Fachärztin oder einen ebensolchen Facharzt sichergestellt werden.

Werden Patienten mit Herztumoren behandelt, kann die Rufbereitschaft alternativ von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie sichergestellt werden.

2.2.3.3 Dokumentation

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

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

Das Medizinische Klassifikationssystem der ICD-10-GM stellt keine ausreichende Möglichkeit der Differenzierung dar. Für eine sachgerechte Evaluation und zur Plausibilisierung einer ASV-Teilnahme ist der TNM-Status erforderlich.

2.2.3.4 Mindestmengen

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

Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus. Die Bestimmung der konkreten Mindestmenge orientiert sich an den Angaben in der AKB-RL. Pro Jahr müssen mindestens 70 verschiedene erwachsene Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax behandelt werden, die die Einschlusskriterien dieser Richtlinie erfüllen. Auch wenn von einem Anstieg der Erkrankungen ausgegangen werden muss, so schränken doch die Kriterien des besonderen Verlaufes die Patienten, die in die ASV aufgenommen werden, ein.

2.2.4 Überweisungserfordernis

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

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

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

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.

Für alle Leistungen die im Behandlungsumfang „Tumoren der Lunge und des Thorax“ im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend benannt. Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der erkrankungsspezifischen Regelungen. Dabei wurden die EBM-Gebührenordnungspositionen grundsätzlich unter Berücksichtigung der entsprechenden Abrechnungsbestimmungen des EBM sowie unter besonderer Berücksichtigung der für eine Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zugewiesen. Abweichungen ergaben sich aus dem ASV-spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So wurden unter anderem der 3. Ebene, die lediglich auf Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden kann, keine Leistungen zugeordnet, die nicht zum Kern des Fachgebietes gehören.

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

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

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

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

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

Erstellt wurde eine Liste mit allen Gebührenordnungspositionen (GOP), die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der erkrankungsspezifischen Regelungen in Frage kommen können. Hierbei handelt es sich um die dem Appendix zugrundeliegende Auflistung der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss oder Ausschluss dieser Leistungen für die

jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang. Durch den Einschluss der relevanten GOP sollen – insbesondere im Zusammenhang mit einer spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder – eine umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte Wechsel zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

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

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

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des Behandlungsumfanges für diesen Erkrankungsbereich in den erkrankungsspezifischen Regelungen vorgesehen sind, die zum Beispiel 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 Behandlungsumfanges 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 zum Beispiel 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 zum Beispiel 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 Tumoren der Lunge und des Thorax 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 dem Kernteam und den Laborärztinnen und Laborärzten zugeordnet. Begründung: Im Rahmen der ASV können die Leistungserbringer der dritten Ebene nur per Definitions- oder Indikationsauftrag tätig werden. Diese im ASV-Zusammenhang zwingend geforderte Beauftragung sollte an die Fachkompetenz – Stichwort Kern des Fachgebiets – gehen.

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen bzw. Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

Abschnitt 2:

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

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 472.614 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 1.793.823 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 5. Dezember 2018 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 28. Mai 2019 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In 14 Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im

Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
26. September 2018	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax ASV-RL
5. Dezember 2018	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
15. Januar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
28. Februar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
19. März 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
25. April 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Mai 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Mai 2019	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung des Appendix
5. Juni 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
30. Juli 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
13. August 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
28. August 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
5. September 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
25. September 2019	UA ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren
31. Oktober 2019	AG ASV	Vorbereitung Auswertung der Stellungnahme
5. November 2019	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitung Auswertung der Stellungnahme
13. November 2019	UA ASV	Auswertung Stellungnahmeverfahren
19. Dezember 2019	Plenum	Beschlussfassung

5. Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische

Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax) Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

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

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

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

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 a zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

7. Literaturverzeichnis

1. **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)**. S3-Leitlinie Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms [online]. AWMF-Registernummer 020/007OL. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 27.09.2019]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-007OL_I_S3_Lungenkarzinom_2018-03.pdf.
2. **Hsu F, De Caluwe A, Anderson D, Nichol A, Toriumi T, Ho C**. Patterns of spread and prognostic implications of lung cancer metastasis in an era of driver mutations. *Curr Oncol* 2017;24(4):228-233.
3. **Kuchuk M, Kuchuk I, Sabri E, Hutton B, Clemons M, Wheatley-Price P**. The incidence and clinical impact of bone metastases in non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2015;89(2):197-202.

8. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 a inklusive der Tragenden Gründe

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

Anlage 5: Auswertung der Stellungnahme

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

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 Leistungserbringern.

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

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

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

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 Tumoren der Lunge und des Thorax) 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 110 Stunden (6.620 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	360
Beschaffung von Daten	2.870
Aufbereitung der Daten	180
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	180
Externe Sitzungen	2.880
Kopieren, Archivieren, Verteilen	45
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	90 (360 Min., jedoch bei 25% der Teams)
Insgesamt:	6.620

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. Zudem fallen weitere 200 Minuten für den Nachweis der unter Nr. 3.4 des Beschlusses enthaltenen facharztspezifischen Mindestmengenvorgaben an.

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

Zusätzlich entstehen im Rahmen des Anzeigeverfahrens externe Kosten in Form von Anwaltskosten im Zuge des Abschlusses von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Ärzten eines ASV-Teams. Hierbei ist davon auszugehen, dass je nach den konkreten Gegebenheiten der daraus resultierende anwaltliche Beratungsbedarf stark divergiert. Es sind Fälle denkbar, in denen für den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarungen kein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, sondern eigene Ressourcen vorhanden sind, in anderen Fällen wird ein umfänglicher Beratungsbedarf angezeigt sein. Da an dieser Stelle gewisse Unsicherheiten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Rechtsanwälten besteht, wird im Sinne einer vereinfachten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von fünf Stunden je Team entsteht. Wird für die Vergütung des Anwaltes ein Stundensatz von 58,80 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 294 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 29,00 Euro je Team (20 x 1,45 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 6.186 Euro.

2. Meldung nach Zulassung

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

Hierbei ist je Team ein zeitlicher Aufwand von 60 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 20 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 21,00 Euro.

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	20
Kopieren, Archivieren, Verteilen	40
Insgesamt:	60

3. Neubesetzung

Das Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams sowie die ggf. erforderliche Benennung eines neuen Mitglieds sind dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 Sätze 3 u. 4 ASV-RL). Hierbei ist davon auszugehen, dass für das neu benannte Mitglied Teile des Anzeigeverfahrens (vgl. 1.), insbesondere solche, die den Nachweis der Erfüllung personeller Anforderungen betreffen, durchgeführt werden müssen. Der Aufwand ist somit identisch zu den personenbezogenen Aufwendungen des Anzeigeverfahrens. Hierfür wird ein zeitlicher Aufwand von 160 Minuten je Neubesetzung sowie erforderliches hohes Qualifikationsniveau veranschlagt. Dies ergibt geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 142,13 Euro je neu zu besetzendes Mitglied.

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

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

4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied

dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 8 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 24 Euro (3 x 8 Euro) jährlich. Bei insgesamt 20 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 480 Euro.

Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)

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

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

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

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,05 Euro. Bei geschätzt rund 35.000 Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 36.750 Euro 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

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

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

Standardaktivität	Minutenwert je Kernteamarzt	Minutenwert je Kernteam
Beschaffung von Daten	70	210
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	3

Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	6
Insgesamt:	73	219

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 70 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 219 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 194,55 Euro.

Zusätzlich enthält der Beschluss die Vorgabe zum Nachweis einer facharztspezifischen Mindestmenge, welche sich – je nach Fachrichtung des Arztes – auf 80 bis 120 Patienten je Quartal beläuft. Mithin sind auf das gesamte Jahr bezogen 320 bis 480 Fälle nachzuweisen. Im Sinne einer typisierenden Abschätzung der damit einhergehenden Bürokratiekosten wird davon ausgegangen, dass unter Heranziehung eines Durchschnittswertes von 400 Fällen ein zusätzlicher Zeitaufwand von 200 Minuten (0,5 Minuten je Fall) für den Nachweis der facharztspezifischen Mindestmenge entsteht. Die daraus resultierenden Bürokratiekosten belaufen sich auf 177,66 Euro je Kernteam.

Insgesamt gehen folglich mit dem Nachweis der im Beschluss geforderten Mindestmengen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 372,21 Euro je Team einher.

7. Dokumentation

Abschnitt 3.3 des Beschlusses sieht vor, dass zusätzlich zur üblichen ärztlichen Dokumentation der TNM-Status zu dokumentieren ist. Zur Abschätzung der damit einhergehenden Bürokratiekosten wird auf das vereinfachte Verfahren zur Bürokratiekostenermittlung zurückgegriffen. Die im vereinfachten Verfahren vorgesehene Kostenklasse „Sonstige Informationspflichten, einfache Komplexität“ sieht für einen einfachen Dokumentationsvorgang einen Kostenfaktor von 0,80 Euro je Fall vor. Bei 35.000 Patienten ergeben sich somit bezüglich der Dokumentation des TNM-Status jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 28.000 Euro.

8. Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen

Gemäß § 10 Abs. 3 lit. c) ASV-RL ist die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen der ASV-Kooperationspartner durchzuführen sowie hierzu Protokolle zu erstellen, ein notwendiger Bestandteil einer ASV-Kooperationsvereinbarung im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Aufgrund der noch bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der Form und des Umfangs der zu erstellenden Protokolle wird an dieser Stelle im Sinne einer vereinfachten, allgemein typisierten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von einer Stunde je Protokoll bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Bei zwei zu erstellenden Protokollen pro Jahr entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 106,60 Euro je Team.

9. 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	6.186	einmalig
Meldung nach Zulassung	21,00	einmalig
Neubesetzung	142,13	je neu zu besetzendes Mitglied
Vertretung	480	jährlich
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,05	je Patient
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	372,21	jährlich
TNM-Dokumentation	0,80	je Patient
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen	106,60	jährlich

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

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle potentiell in Frage kommenden Teams ihre Teilnahme an der ASV bereits im ersten Geltungsjahr dieser Richtlinienkonkretisierung anzeigen werden. Aufgrund einer gesetzlichen Übergangsfrist sowie des notwendigen zeitlichen Vorlaufs werden voraussichtlich erst nach Ablauf von zwei bis drei Jahren alle interessierten Teams ihre Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Hinsichtlich der Anzahl der sich bildenden Teams kann bei einer unterstellten jährlichen Patientenzahl von 35.000 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 70 Patienten je (Kern-) Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 500 Teams ausgegangen werden (35.000/70). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 78 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 289 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt zu erwartenden Bürokratiekosten (Annahme: 289 Teams)

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.787.754
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	89.388
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	6.069
Meldung nach Zulassung in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	303,50
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 289 Teams x 19 Ärzte = 5.491, davon 5% = 275 Ärzte)	41.076
Vertretung (jährlich)	138.720
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 35.000 Patienten)	36.750
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	107.569

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
TNM-Dokumentation (bei jährlich 35.000 Patienten)	28.000
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen (jährlich)	30.807
Summe einmalige Bürokratiekosten	1.793.823
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	472.614

Insgesamt resultieren aus den aufgeführten Informationspflichten unter der Annahme von 289 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 472.614 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.793.823 Euro.



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

An

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



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Legende:

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

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

8

9 Stand: 27.09.2019

10

11 Vom 19. Dezember 2019

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

18 I. Der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen wird folgende Tumorgruppe 5
19 angefügt:

20 „Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

21 1. Konkretisierung der Erkrankung

22 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
23 mit Tumoren der Lunge und des Thorax ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

GKV-SV, KBV, PatV

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

DKG

[streichen]

24

25 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax im Sinne
 26 der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:
 27

- 28 C33 Bösartige Neubildung der Trachea
- 29 C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- 30 C37.- Bösartige Neubildung des Thymus
- 31 C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
- 32 C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des
 33 Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
- 34 C45.0 Mesotheliom der Pleura
- 35 C45.2 Mesotheliom des Perikards
- 36 C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems,
 37 Periphere Nerven des Thorax
- 38 C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe,
 39 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
- 40 C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen,
 41 Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- 42 C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax
- 43 C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige
 44 und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- 45 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

46 **2. Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

48 **Diagnostik**

- 49 – Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
 50 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 51 – Anamnese inklusive Berufsanamnese
- 52 – bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer
 53 Verfahren, Röntgen, CT, MRT,
 54

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

55 nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel
 56
 57

GKV-SV, KBV, PatV PET; PET/CT bei Lungenkarzinom/Lungenrundherden)	DKG PET; PET/CT)
--	----------------------------

- 58
- 59 – Diagnostik paraneoplastischer Syndrome (PNS)
- 60 – Endoskopie des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich
 61 Punktionen und interventioneller Verfahren)

- 62 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 63 – körperliche Untersuchung
- 64 – Laboruntersuchungen
- 65 – Lungenfunktionsprüfung
- 66 – Punktionen, Biopsien (zum Beispiel der Pleura oder der Lunge)
- 67 – Tumorstaging

68 **Behandlung**

- 69 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 70 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 71 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 72
- 73 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 74 – Behandlung in Notfallsituationen
- 75 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 76
- 77 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 78 – Einleitung einer Rehabilitation
- 79 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 80 – Medikamentöse Tumorthérapien inklusive Infusionstherapie
- 81 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 82 – Physikalische Therapie
- 83 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 84 – Schmerztherapie
- 85 – Strahlentherapie
- 86 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 87 – Transfusionen
- 88 – Wundversorgung

89 **Beratung**

- 90 – zu Diagnostik und Behandlung
- 91 – zur Ernährung
- 92 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 93 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 94 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 95
- 96 – zu Rehabilitationsangeboten
- 97 – Sexualität und Familienplanung
- 98 – zur Tabakentwöhnung
- 99 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

100

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

103

104

KBV, DKG, PatV

- Kardio-MRT

GKV-SV

[streichen]

105

- 106 – PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei neuroendokrinen
 107 Tumoren oder auch mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei bösartigen Neubildungen der
 108 thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ
 109 intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des
 110 Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie

DKG, KBV, PatV

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums oder der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen Binde- und Weichteilgewebes (zum Beispiel Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

GKV-SV

[streichen]

111

- 112 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
 113 Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer, insbesondere
 114 zytostatischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-
 115 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- 116 – Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte
 117 zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der
 118 Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- 119 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
 120 Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder
 121 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
 122 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
 123 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
 124 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum
 125 Beispiel Hospize, SAPV)

- 126 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
 127 Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder
 128 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
 129 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder
 130 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

- 131 – Zusätzlicher Aufwand für die orale zytostatische Tumortherapie (entsprechend der
 132 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 133 – Beobachtung und Betreuung bei (Radio-) Chemotherapie für Strahlentherapeut (analog
 134 der Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung im EBM)

135 **3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

136 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

139 a) **Teamleitung**

- 140 – Innere Medizin und Pneumologie oder
 141 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
 142 – Thoraxchirurgie

143 b) **Kernteam**

- 144 – Innere Medizin und Pneumologie
 145 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 146 – Strahlentherapie
 147 – Thoraxchirurgie

148 Bei Herztumoren zusätzlich:

- 149 – Herzchirurgie
 150 – Innere Medizin und Kardiologie

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

157 c) **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 158 – Anästhesiologie
 159 – Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
 160 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 161 – Innere Medizin und Gastroenterologie
 162 – Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)

163

<p>KBV</p> <p>– Innere Medizin und Nephrologie</p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	---

164

- 165 – Laboratoriumsmedizin

166

GKV-SV – Neurochirurgie	DKG, KBV, PatV [streichen]
-----------------------------------	--------------------------------------

167
168
169
170

GKV-SV, DKG – Orthopädie und Unfallchirurgie	KBV, PatV [streichen]
--	---------------------------------

171
172
173
174
175
176

- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

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

179 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

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

190 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

191 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft

192

GKV-SV, PatV von <u>folgenden</u> Ärztinnen oder Ärzten besteht: – <u>Innere</u> Medizin und Pneumologie <u>oder</u> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <u>und</u> – <u>Thoraxchirurgie</u>	DKG von <u>einer oder einem</u> der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht: – Innere Medizin und Pneumologie – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	KBV von <u>einer oder einem</u> der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht: – Innere Medizin und Pneumologie – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
--	--	--

	– <u>Thoraxchirurgie</u>	
--	--------------------------	--

193

GKV-SV, DKG, PatV Bei Herztumoren alternativ – Innere Medizin und Kardiologie oder – Herzchirurgie	KBV Bei Herztumoren auch – Innere Medizin und Kardiologie
--	--

194

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

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

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

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

210 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

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

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

216 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten
217 Wirkstoffe erfolgt.

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

222 k) eine Mikrobiologie zur Verfügung steht.

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

226 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

227 n) Stationäre Notfalloperationen möglich sind.

- 228 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
 229 Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn
 230 nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-
 231 Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur
 232 Verfügung gestellt wird.
- 233 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den
 234 Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

235 **3.3 Dokumentation**

236 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
 237 Diagnosesicherheit,

238

GKV-SV, KBV TNM-Status	DKG, PatV [streichen]
----------------------------------	---------------------------------

239), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des
 240 Behandlungstages sind zu dokumentieren.

241 **3.4 Mindestmengen**

242

GKV-SV, KBV, PatV Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen oder Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.	DKG Eine Mindestmenge wird mangels wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.
Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen: Mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin oder Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams	[streichen]

<p>muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin oder Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.</p> <p>Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120 / 70 / 30 oder 80 / 60 / 20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.</p> <p>Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.</p> <p>In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</p>	
--	--

243

244 **4. Überweisungserfordernis**

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

247

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

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

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

254 **5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

255 **Präambel**

256 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
257 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
258 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
259 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des

- 260 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
261 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
262 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2019 zu Änderungen
263 des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2019.
- 264 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
265 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).
- 266 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
267 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
268 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.
- 269 Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und
270 Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine
271 entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der
272 Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt
273 wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung
274 und Genehmigung vorliegt.
- 275 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
276 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
277 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.
278

279

Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“

280 **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.

281 *[Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“ mit Abschnitt 1 und Abschnitt 2 gemäß Anlage*
282 *2 der Beratungsunterlagen hier einfügen]*
283

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

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

288 Berlin, den 19. Dezember 2019

289 Gemeinsamer Bundesausschuss
290 gemäß § 91 SGB V
291 Der Vorsitzende

292

293 Prof. Hecken

Appendix des Beschlussentwurfs "Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax "Anlage 1.1 a) ASV-RL mit
 - Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)) für das 4. Quartal 2019
 - Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

Stand: 27.09.2019

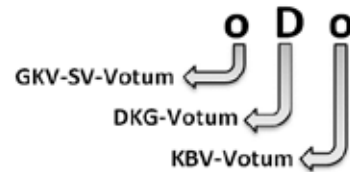
Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



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

Hinweis:

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

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

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																				
		Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	Strahlentherapie	Thoraxchirurgie	Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)	Innere Medizin und Nephrologie [KEV]	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie [GKV-SV]	Neurologie	Nuklearmedizin	Orthopädie und Unfallchirurgie [GKV-SV, DKG]	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	psychologische Psychotherapeutin oder psychologischer Psychotherapeut	Radiologie	Viszeralchirurgie		
3	Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
4	Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
5	Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
6	Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	
7	Zusätzlicher Aufwand für die orale zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
8	Beobachtung und Betreuung bei (Radio-) Chemotherapie für Strahlentherapeut (analog der Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung im EBM)	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo



1 **Tragende Gründe**

2 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen** 3 **Bundesausschusses** 4 **über eine Änderung der Richtlinie ambulante** 5 **spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:** 6 **Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe a** 7 **onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5:** 8 **Tumoren der Lunge und des Thorax**

9 **Legende:**

10 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

12
13 **Stand:** 27.09.2019

14 **Vom** 19. Dezember 2019

15 **Inhalt**

16	1. Rechtsgrundlage	3
17	2. Eckpunkte der Entscheidung	3
18	2.1 Aufbau	3
19	2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen	4
20	2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung	4
21	2.2.2 Behandlungsumfang	5
22	2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	10
23	2.2.3.1 Personelle Anforderungen	10
24	2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen	13
25	2.2.3.3 Dokumentation	14
26	2.2.3.4 Mindestmengen	15
27	2.2.4 Überweisungserfordernis	16
28	2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des	
29	EBM)	16
30	3. Bürokratiekostenermittlung	19
31	4. Verfahrensablauf	19
32	5. Stellungnahmeverfahren	20

33	6. Fazit.....	20
34	7. Literaturverzeichnis	20
35	8. Zusammenfassende Dokumentation	21
36		
37		

38 1. Rechtsgrundlage

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

44 2. Eckpunkte der Entscheidung

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

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

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

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

61 Soweit Abweichungen von der ABK-RL aus einer Verschiebung der Regelungen aus der
 62 Konkretisierung in den neuen Richtlinienresultieren (zum Beispiel Studienteilnahme,
 63 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Qualitätssicherung, einige
 64 sächliche und organisatorische Anforderungen) wird auf die Tragenden Gründe zur
 65 Beschlussfassung des G-BA über die ASV-RL am 21. März 2013 verwiesen.

66 2.1 Aufbau

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

70 Die Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des
 71 Thorax der ASV-RL ist wie folgt gegliedert:

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

- 82 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
- 83 3.3 Dokumentation
- 84 3.4 Mindestmengen
- 85 4 Überweisungserfordernis
- 86 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

87 **2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen**

88 **2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung**

89 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
 90 mit Tumoren der Lunge und des Thorax. Sie bezieht sich nur auf die Behandlung von
 91 Erwachsenen.

GKV, PatV	KBV	DKG
<p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.</p> <p>Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.</p> <p>Im Vergleich zu anderen Tumorerkrankungen sind bei den Tumoren der Lunge und des Thorax viel mehr zielgerichtete Medikamente zugelassen. Deshalb muss die molekularpathologische Diagnostik absolut zuverlässig sein und höchsten Qualitätsanforderungen genügen, da sonst das Risiko besteht, dass nicht wirksame Medikamente eingesetzt werden oder wirksame Medikamente vorenthalten werden.</p>	<p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.</p> <p>Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.</p>	<p>[keine Begründung erforderlich]</p>

- 92
- 93 Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in einer eigenen
- 94 erkrankungsspezifischen Regelung festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere
- 95 Bedingungen und Besonderheiten zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen
- 96 werden soll.
- 97 ICD-Kodes, die sekundäre bösartige Neubildungen beschreiben, wurden nicht aufgenommen.
- 98 Dreistellige ICD-Kodes .9 ohne Organbezug mit der Angabe „nicht näher bezeichnet“ wurden
- 99 nicht aufgenommen, da die Indikationsstellung für die ASV spezifischerer ICD-Kodes bedarf.

100 Der ICD-10-GM-Kode C80.0 beschreibt eine "bösartige Neubildung ohne Angabe der
 101 Lokalisation". In der wissenschaftlichen Literatur wird diese Erkrankung als "cancer of
 102 unknown primary" (CUP) bezeichnet. Dies trifft auf etwa 3% aller bösartigen
 103 Tumorerkrankungen zu. Neuere Erkenntnisse sprechen dafür, eine umfangreiche histo- und
 104 molekularpathologische Untersuchung des Tumorgewebes durchzuführen, um mit möglichst
 105 hoher Wahrscheinlichkeit ableiten zu können, welcher Primärtumor vorliegt. Die
 106 "Arbeitshypothese" für den angenommenen Primärtumor ist dann therapeutisch (siehe
 107 Behandlungsempfehlung der internistisch-onkologischen Fachgesellschaft DGHO,
 108 [https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/cup-syndrom-krebserkrankungen-mit-](https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/cup-syndrom-krebserkrankungen-mit-unbekanntem-primartumor/@@view/html/index.html)
 109 [unbekanntem-primartumor/@@view/html/index.html](https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/cup-syndrom-krebserkrankungen-mit-unbekanntem-primartumor/@@view/html/index.html)). Deshalb ist es sinnvoll C80.0 zu
 110 berücksichtigen, da der vermutete Primärtumor jeder Tumorgruppe angehören kann.

111 2.2.2 Behandlungsumfang

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

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

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

124 Diagnostik

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

GKV-SV

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

KBV, DKG, PatV

[hier streichen]

6 KA 24/13 R) hat das Bundessozialgericht diese grundsätzliche Einschätzung unter Verweis auf die Entscheidung vom 11.10.2006 nochmals bestätigt.	
---	--

127

GKV-SV, KBV

In der ASV steht die Positronen- Emissions- Tomografie/Computertomografie (PET/CT) bei vom G-BA beschlossenen Indikationen zur Diagnostik ebenso zur Verfügung wie in der Regelversorgung. In der ASV-Anlage Tumoren der Lunge und des Thorax betrifft dies verschiedene Indikationen bei Lungenkarzinom und Lungenrundherden, für die es eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V gibt. Diese PET oder PET/CT-Untersuchungen bei Lungenkarzinom werden im Beschluss unter 2 Behandlungsumfang getrennt von weiteren Indikationen aufgeführt, die bisher ausschließlich in der ASV den Einsatz von PET oder PET/CT ermöglichen.

DKG, PatV

Der G-BA hat mit mehreren Beschlüssen PET und PET/CT Untersuchungen in die Versorgung aufgenommen. Bei Tumoren der Lunge des Thorax handelt es sich um folgende Indikationen:

1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.

2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen.

3. Charakterisierung von Lungenrundherden, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten und Patientinnen mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.

4. Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.

5. Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

Weitere Indikationen zu denen der G-BA bisher keinen Beschluss getroffen hat, werden getrennt als Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind, aufgenommen.

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht den hohen Stellenwert personalisierter Therapien in der Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs und arbeitet an der zeitnahen Berücksichtigung dieser Leistungen in der ASV</p>	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht den hohen Stellenwert personalisierter Therapien in der Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs. Zugang zu spezieller molekularer Diagnostik und neuesten Therapien, unter anderem auch im Rahmen klinischer Studien erhalten Patienten über ein bundesweites Netzwerk im Rahmen von Selektivverträgen.</p> <p>An der zeitnahen Berücksichtigung dieser Leistungen in der ASV mit Öffnung für alle Patienten wird weiter gearbeitet.</p>

128

129 **Behandlung**

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

134 Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines
 135 abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu
 136 vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 4
 137 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten
 138 spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung
 139 von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz
 140 4 ASV-RL erfüllt sind.

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

143 **Beratung**

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

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

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

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

157 Patienten bleibt bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von
158 Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen hin.

159 Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann die Ernährung
160 den Verlauf onkologischen Erkrankungen unter anderem durch die Beeinflussung von
161 Entzündungsmediatoren positiv verändern.

162 Die S3-Leitlinie Lungenkarzinom[1] besagt, dass die Beendigung des Tabakrauchens bei
163 Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs positive Effekte insbesondere auf postoperative
164 Komplikationen und das Auftreten von Zweitumoren zeigt, so dass die Beratung zur
165 Tabakentwöhnung in den Behandlungsumfang der ASV aufgenommen wird.

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

168 **Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen**
169 **Bewertungsmaßstabes (EBM) sind, wurden aufgenommen:**

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

176

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>Die Kardio-MRT ist ein bildgebendes Verfahren zur zielgenauen Untersuchung des Herzens. Als differentialdiagnostisch wertvolles Diagnoseverfahren ist das Kardio-MRT für Patienten strahlungsfrei und liefert unter anderem Bewegtbilder des Herzens und der herznahen Gefäße in dreidimensionaler Darstellung. Die fachliche Bewertung dieser insbesondere funktionellen magnetresonanztomografischen Befunde kann zur Diagnosestellung, Schweregradabschätzung von Herztumoren sowie einhergehender Funktionsstörungen beitragen und auch die Auswahl von gegebenenfalls weiteren notwendigen medikamentösen oder interventionellen Therapien erleichtern. Sie geht damit über die rein morphologische Darstellung hinaus.</p>	<p><i>[streichen]</i></p>

177

178 Über die vom G-BA für die Regelversorgung beschlossenen PET-Indikationen hinaus gibt es
179 für die ASV "Tumoren der Lunge und des Thorax" weitere Indikationen für PET; PET/CT-
180 Untersuchungen, die eingesetzt werden, wenn die konventionelle Diagnostik des Thorax keine
181 ausreichende Beurteilung zulässt. Die MRT im Bereich der Lunge und des Thorax ist häufig
182 aufgrund von atem- und herzschlagbedingten Bewegungsartefakten nur eingeschränkt
183 beurteilbar und kann in ihrer Aussagekraft stark eingeschränkt sein.

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

189 - Einige Patienten profitieren von einer nuklearmedizinischen Therapie, wenn eine
190 chirurgische Intervention nicht mehr sinnvoll ist. Voraussetzung hierfür ist ein
191 Rezeptorstatus. Bei neuroendokrinen Tumoren werden regelhaft radioaktive

192 Somatostatin-Rezeptor-Liganden eingesetzt. Da Paragangliome jedoch häufig eine SDHx-
 193 Mutation aufweisen, die zu einer sogenannten Pseudohypoxie des Tumorgewebes mit
 194 konsekutiver F-18-FDG-Mehrspeicherung führt, stellen sich diese (mutierten) Tumoren mit
 195 kräftiger Tracer-Aufnahme in der F-18-FDG-PET/CT dar.

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesotheliome kommen sehr selten vor; üblicherweise erfolgt bei kurativer Intention als Therapie eine extrapleurale Pneumektomie und Polychemotherapie. Zuvor sollten extrathorakale Metastasen und kontralaterale Manifestationen ausgeschlossen werden. <p>PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lymphknoten im Mediastinum oder Restbefunde von Thymuskarzinomen nach Operation, Chemotherapie und Strahlentherapie lassen sich oft im CT nicht ausreichend gut charakterisieren. Daher eignet sich die PET; PET/CT besonders gut für das Staging und die Rezidivdiagnostik. F-18-FDG stellt eher undifferenzierte Zellen dar (aggressive Tumoren), mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden lassen sich hochdifferenzierte Zellen darstellen. <p>PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums bzw. der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bösartige Neubildungen von Mediastinum und Pleura sind häufig differentialdiagnostisch schwer abzugrenzen. Hilfreich ist hier eine Darstellung mittels F-18-FDG-PET. <p>PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen Binde- und Weichteilgewebes (z. B. Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik</p> <p>Binde- und Weichteilgewebssarkome sind sehr seltene Tumoren. Auch wenn die Positronen-Emissions-Tomographie in der Diagnostik von Weichteilsarkomen noch keinen in Leitlinien exakt definierten Stellenwert hat, kann sie doch Hinweis zur Ausbreitung geben, wenn diese durch konventionelle Diagnostik nicht ausreichend darstellbar ist. Eingesetzt wird sie auch nach Induktionschemotherapie vor chirurgischer Sanierung von Restbefunden.</p>	<p>[streichen]</p>

196

197 Der G-BA hat im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfangs aus der
 198 ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie
 199 Koordination der onkologischen Behandlung und die intravenös, intraarteriell oder intracavitär
 200 applizierte oder orale zytostatische Tumortherapie sowie palliative Leistungen bislang keine
 201 oder keine ausreichende Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Daher erfolgte die
 202 Aufnahme dieser Punkte in Abschnitt 2 des Appendix. Im Rahmen der vertragsärztlichen
 203 Versorgung hatte man diesem besonderen Umstand durch die Vereinbarung über die

204 qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patientinnen und Patienten „Onkologie-
 205 Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte), im Weiteren kurz Onkologie-
 206 Vereinbarung genannt, Rechnung getragen. Gebührenordnungspositionen für die Abbildung
 207 von Tumorkonferenzen und Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL
 208 wurden als ASV Leistungen bereits in den Bereich VII EBM übernommen. Durch Benennung
 209 der Aspekte Koordination der Behandlung mit Verweis auf die entsprechenden
 210 Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung und palliative Versorgung an dieser Stelle
 211 unterstreicht der G-BA deren besondere Bedeutung auch im Hinblick auf eine sachgerechte
 212 Umsetzung der ASV. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterliegt
 213 einem anderen gesetzlichen Regelungskontext (§ 37b SGB V) und ist daher nicht Bestandteil
 214 des Behandlungsumfangs in der ASV. Gleichwohl kann die SAPV veranlasst werden.

215 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

216 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

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

220 **a) Teamleitung**

- 221 – Innere Medizin und Pneumologie oder
- 222 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 223 – Thoraxchirurgie

224 **b) Kernteam**

- 225 – Innere Medizin und Pneumologie
- 226 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 227 – Strahlentherapie
- 228 – Thoraxchirurgie

229 Bei Herztumoren zusätzlich:

- 230 – Herzchirurgie
- 231 – Innere Medizin und Kardiologie

232 In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche
 233 Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher
 234 Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (zum Beispiel Fachärztin oder Facharzt mit
 235 Schwerpunkt) abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen oder
 236 Ärzten, die in dem entsprechenden Fachgebiet schon länger tätig sind, aber naturgemäß die
 237 neu eingeführte Spezialisierung als Ausbildungsinhalt nicht erworben haben können, diese
 238 Leistungen weiter zu erbringen. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des EBM gemäß
 239 § 87 Absatz 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärztinnen und
 240 Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen und Fachärzte für
 241 Innere Medizin ohne spezialisierte Facharztkompetenz (Schwerpunkt) unter bestimmten
 242 Bedingungen ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen
 243 Leistungen erhalten.

244 Um auch erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten, die über den oben genannten Weg die
 245 Zulassung erworben haben und zum Beispiel im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung
 246 (Anlage 7 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)) seit Jahren onkologische Leistungen erbringen, die
 247 Teilnahme an der ASV zu ermöglichen, wurde die Sonderregelung für das Kernteam getroffen,

248 dass sowohl Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 249 als auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung
 250 Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende
 251 Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-
 252 Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, teilnehmen können.
 253 Es handelt sich um eine Übergangsregelung basierend auf entsprechenden Regelungen im
 254 EBM, um die letztgenannten erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzte nicht von der ASV
 255 auszuschließen. Der Stichtag wurde erstmalig mit der Anlage 1.1 a) onkologische
 256 Erkrankungen- Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle am
 257 20.02.2014 beschlossen, der 31. Dezember 2015 als angemessener Zeitraum erachtet, um
 258 eine Teambildung nicht zu gefährden. Mit der generellen Stichtagsregelung, die bei Teilnahme
 259 der entsprechenden Fachgruppe für alle Anlagen zur ASV-RL gilt, wird hervorgehoben, dass
 260 zukünftig die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 261 verpflichtende Voraussetzung sein soll.

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

265 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

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

- 268 – Anästhesiologie
- 269 – Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
- 270 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 271 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 272 – Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)

273

<p>KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> – Innere Medizin und Nephrologie <p>Diese Facharztgruppe wird benötigt für die Diagnose und Therapie typischer Nebenwirkungen bei systemischer medikamentöser Tumortherapie. PD-1-Inhibitoren können zum Beispiel immunvermittelte Endokrinopathien wie Hypo- und Hyperthyreosen, Hypophysitis, Diabetes und Nebenniereninsuffizienz verursachen.</p>	<p>GKV-SV, DKG, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	---

274

- 275 – Laboratoriumsmedizin
- 276 – Neurologie
- 277 – Nuklearmedizin
- 278 – Pathologie
- 279 – Radiologie

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

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

284

285

286

<p>GKV-SV, DKG, PatV</p> <p>– Innere Medizin und Nephrologie</p> <p>Der G-BA kam in seinen Beratungen zu dem Schluss, dass diese spezielle Expertise für die ASV Lungentumore nicht zwingend erforderlich ist. Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie sind in der ABK-RL im allgemeinen onkologischen Teil aufgeführt und werden nur bei medizinischer Notwendigkeit in die Behandlung einbezogen, welche im Rahmen der Anlage Lungentumore nicht regelhaft gesehen wird. Sollte eine Dialyse in Folge von Therapienebenwirkungen erforderlich sein, kann diese auch ambulant oder stationär außerhalb der ASV durchgeführt werden.</p>	<p>KBV</p> <p><i>[keine Begründung erforderlich]</i></p>
--	---

287

<p>GKV-SV</p> <p>– Neurochirurgie</p> <p>Entsprechend der ABK-Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden...“</p> <p>Die dritte Ebene des Behandlungsteams wurde daher um die Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie ergänzt. Bei Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs treten bei ca. 25% im Krankheitsverlauf Metastasen im Gehirn und bei ca. 40% Metastasen im Knochen auf[2,3].Bei Hirnmetastasen und bei Metastasen in der Wirbelsäule kommt neben einer stereotaktischen Bestrahlung auch eine operative Resektion in Betracht. Die ständige Verfügbarkeit beider Fachdisziplinen (Neurochirurgie und Strahlentherapie) ist deshalb unverzichtbar, um die im Einzelfall optimale Therapiestrategie kurzfristig abstimmen zu können. Verzögerungen im Behandlungsablauf erhöhen das Risiko für schwere neurologische Ausfälle wie zum Beispiel Querschnittslähmung.</p>	<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Den bisherigen Regelungen in der ASV-RL zu onkologischen Erkrankungen folgend, werden Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie nicht in die Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzte aufgenommen. Bei neurologischen Fragestellungen kann ein Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie im Rahmen der ASV tätig werden.</p>
---	---

288

<p>GKV-SV, DKG</p> <p>– Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>Entsprechend der ABK-Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden, ...“</p>	<p>KBV, PatV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	---

<p>Die dritte Ebene des Behandlungsteams wurde daher um die Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie ergänzt. Bei Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs treten bei ca. 40 % im Krankheitsverlauf Knochenmetastasen auf (siehe oben).</p>	
---	--

<p>In Abhängigkeit von Lokalisation und Frakturgefährdung kommt eine Operation oder Bestrahlung als Behandlungsmöglichkeit in Betracht. Die ständige Verfügbarkeit beider Fachdisziplinen (Unfallchirurgie und Orthopädie oder Strahlentherapie) ist deshalb unverzichtbar, um die im Einzelfall optimale Therapiestrategie kurzfristig abstimmen zu können. Verzögerungen im Behandlungsablauf erhöhen das Risiko für pathologische Frakturen, die mit erheblichen Schmerzen und Funktionseinschränkungen verbunden sind.</p>	
--	--

289

290 – Des Weiteren wurde die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und
 291 Psychotherapie ergänzt um die Fachgruppe Psychotherapie sowie Psychologische oder
 292 ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, um
 293 diese Fachgruppen nicht von der ASV auszuschließen.

294 – Viszeralchirurgie

295 Entsprechend der ABK-Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe
 296 eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in
 297 Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen
 298 operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von
 299 Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder
 300 Fachärzte einzubinden, ...“ wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams um die
 301 Fachärztinnen und Fachärzte für Viszeralchirurgie ergänzt. Bei Lebermetastasen, die in der
 302 Regel medikamentös behandelt werden, kann in Abhängigkeit von Größe und Lokalisation
 303 eine Operation oder ein lokalablatives Verfahren angezeigt sein. Zur psychoonkologischen
 304 Betreuung muss eine entsprechend qualifizierte Fachdisziplin verfügbar sein.

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

313 2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

318 Die Anforderung, dass unter anderem eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie zum
 319 Beispiel Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten,
 320 besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme
 321 „Beratung zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und
 322 Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)“. Dies gewährleistet, dass
 323 bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen
 324 geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene
 325 spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen

326 therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der
 327 Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

328

<p>GKV-SV, PatV</p> <p>Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung unter Nummer 3.2 b) wurde aus fachlichen Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass jeweils eine Internistin oder ein Internist (Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie oder Pneumologie) und eine Thoraxchirurgin oder ein Thoraxchirurg Rufbereitschaft leisten müssen. Damit ist gewährleistet, dass sowohl internistische als auch chirurgische Notfälle angemessen versorgt werden und damit nicht notwendige stationäre Aufnahmen vermieden werden können.</p>	<p>DKG</p> <p>Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung wurde aus fachlichen Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Ärztin oder ein Arzt Rufbereitschaft leisten muss. In der Versorgung von onkologischen Patienten ist die 24-Stunden-Erreichbarkeit bereits gelebte Praxis und wird auch im Rahmen der ASV gewährleistet. Sie kann entweder durch eine internistische oder chirurgische Fachärztin oder einen ebensolchen Facharzt sichergestellt werden.</p>	<p>KBV</p> <p>Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung wurde aus fachlichen Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Ärztin oder ein Arzt Rufbereitschaft leisten muss.</p> <p>In der vertragsärztlichen Versorgung ist die 24-Stunden-Erreichbarkeit vor allem onkologisch tätiger Fachärztinnen und Fachärzte für ihre Patientinnen und Patienten bereits gelebte Praxis. Beschränkt wurden die Fachgruppen auf die internistischen Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams, da anzunehmen ist, dass schwerwiegende herz- und thoraxchirurgische Fragestellungen und Komplikationen ohnehin stationär und nicht im Rahmen der ambulanten Rufbereitschaft abgeklärt werden müssten.</p>
---	--	---

329

<p>GKV-SV, DKG, PatV</p> <p>Werden Patienten mit Herztumoren behandelt, kann die Rufbereitschaft alternativ von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie sichergestellt werden.</p>	<p>KBV</p>
---	-------------------

330

331 **2.2.3.3 Dokumentation**

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

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

337

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>Das Medizinische Klassifikationssystem der ICD-10-GM stellt keine ausreichende Möglichkeit der Differenzierung dar. Für eine sachgerechte Evaluation und zur Plausibilisierung einer ASV-Teilnahme ist der TNM-Status erforderlich.</p>	<p>DKG, PatV</p> <p>[streichen]</p>
--	--

338

339 **2.2.3.4 Mindestmengen**

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

342

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus. Die Bestimmung der konkreten Mindestmenge orientiert sich an den Angaben in der AKB-RL. Pro Jahr müssen mindestens 70 verschiedene erwachsene Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax behandelt werden, die die Einschlusskriterien dieser Richtlinie erfüllen. Auch wenn von einem Anstieg der Erkrankungen ausgegangen werden muss, so schränken doch die Kriterien des besonderen Verlaufes die Patienten, die in die ASV aufgenommen werden, ein.</p>	<p>DKG</p> <p>Von der Festlegung einer Mindestmenge wird abgesehen, da nicht hinreichend feststeht, dass hierdurch eine deutliche Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse erreicht werden kann. Die Anwendung einer Mindestmengenregelung ist bereits im Ansatz auf solche Bereiche der Versorgung beschränkt, bei denen sie einen für die Versorgung substantiellen eigenständigen Beitrag zur Verwirklichung des in § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V umschriebenen Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen – nicht erreichbar erscheinen (Bundessozialgericht, Urt. v. 12.09.2012, B 3 KR 10/12 R).</p> <p>Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne (vgl. BSG, Urt. v. 18.12.2012, B 1 KR 34/12 R), so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.</p>
--	--

343

344 2.2.4 Überweisungserfordernis

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

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

351

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

352

353 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

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

361 Für alle Leistungen die im Behandlungsumfang „Tumoren der Lunge und des Thorax“ im
362 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden
363 Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend benannt. Die Zuordnung der Leistungen
364 zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der erkrankungsspezifischen
365 Regelungen. Dabei wurden die EBM-Gebührenordnungspositionen grundsätzlich unter
366 Berücksichtigung der entsprechenden Abrechnungsbestimmungen des EBM sowie unter
367 besonderer Berücksichtigung der für eine Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen
368 Gebührenordnungspositionen zugewiesen. Abweichungen ergaben sich aus dem ASV-
369 spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So wurden unter anderem der 3. Ebene, die lediglich auf
370 Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden kann, keine Leistungen zugeordnet, die nicht
371 zum Kern des Fachgebietes gehören.

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

374 Grundlage für den Ziffernkranz bei „Tumoren der Lunge und des Thorax“ ist der Einheitliche
375 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
376 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
377 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
378 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2019 zu Änderungen
379 des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2019.

380 Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum
381 Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten
382 Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch
383 den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9

384 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
385 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

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

395 **Abschnitt 1:**

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

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

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

411 **Die Definition der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Appendix erfolgte analog** 412 **dem Aufbau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):**

413 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

414 Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des
415 Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den erkrankungsspezifischen
416 Regelungen vorgesehen sind, die zum Beispiel Koordination der Behandlung, Verfassen von
417 Gutachten oder Erstellen von Kurplänen betreffen, sind innerhalb des EBM im Bereich II
418 abgebildet. Die entsprechenden GOP wurden dem Kernteam zugeordnet, da dieses gemäß
419 § 3 ASV-RL die Aufgabe hat, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen
420 und Patienten fachlich und organisatorisch zu steuern.

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

423 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

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

428 Die Versicherten- und Grundpauschalen wurden den Mitgliedern des Kernteam
429 arztgruppenspezifisch zugeordnet.

430 Die Versicherten- und Grundpauschalen des EBM enthalten die allgemeinen und
431 fachspezifischen Leistungsbestandteile des jeweiligen Fachgebiets zur haus- und
432 fachärztlichen Versorgung für einen durchschnittlichen Behandlungsfall im Kollektivvertrag. Im

433 Rahmen der ASV erfolgte die Zuordnung der Versicherten- und Grundpauschalen, um
434 behandlungsrelevante allgemeine Leistungen, wie zum Beispiel Anamnese, EKG,
435 Blutabnahme abzubilden, die im Zusammenhang mit den spezifischen Leistungen erforderlich,
436 jedoch im EBM nicht als Einzelleistungen aufgeführt sind.

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

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

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

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

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

448 **Prinzipieller Umgang mit Leistungen, die nicht an Patientinnen bzw. an Patienten, sondern an**
449 **Untersuchungsmaterialien erbracht werden wie zum Beispiel Laborleistungen.**

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

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

453 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen
454 ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen
455 und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax in Frage kommen.

456 **Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen**

457 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

464 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

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

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

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

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

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

479 **Abschnitt 2:**

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

482 **3. Bürokratiekostenermittlung**

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

487 **4. Verfahrensablauf**

488 Am T. Monat JJJJ begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw.
489 am T. Monat JJJJ die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des
490 Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im
491 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende
492 Tabelle)

493

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
26. September 2018	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax ASV-RL
5. Dezember 2018	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
15. Januar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
28. Februar 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
19. März 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
25. April 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Mai 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Mai 2019	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung des Appendix
5. Juni 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
30. Juli 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
13. August 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
28. August 2019	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
5. September 2019	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
25. September 2019	UA ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren

22. Oktober 2019	AG ASV	Vorbereitung Auswertung StnV (Cave: Termin nicht möglich, Rückmeldefrist Stellungnehmende, Nächste Sitzung 28.11 erst nach dem UA)
5. November 2019	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitung Auswertung StnV
13. November 2019	UA ASV	Auswertung StnV
19. Dezember 2019	Plenum	Beschlussfassung

494 5. Stellungnahmeverfahren

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

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

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

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

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

518 6. Fazit

519 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen,
520 die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 a zu
521 ändern.

522 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

523 7. Literaturverzeichnis

524 *[Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung*
525 *automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle*
526 *Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und*

527 6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr
528 erfolgen.]

529 **8. Zusammenfassende Dokumentation**

530 [Zur bzw. nach Beschlussfassung werden voraussichtlich folgende Anlagen angefügt:

531 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

532 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

533 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf
534 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b
535 SGB V: Anlage 1.1 a inklusive der Tragenden Gründe

536 Anlage 4: Stellungnahmen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die
537 Informationsfreiheit, der Bundesärztekammer, der Bundespsycho-
538 therapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer

539 Anlage 5: Auswertung der Stellungnahmen inklusive Wortprotokoll zur Anhörung

540 Berlin, den T. Monat JJJJ

541 Gemeinsamer Bundesausschuss
542 gemäß § 91 SGB V
543 Der Vorsitzende

544

545 Prof. Hecken

546

547

548

549

550 1. **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP),**
551 **Deutsche Krebsgesellschaft (DKG).** S3-Leitlinie Prävention, Diagnostik, Therapie
552 und Nachsorge des Lungenkarzinoms [online]. AWMF-Registernummer 020/007OL.
553 Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
554 Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 27.09.2019]. URL:
555 [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-007OL_I_S3_Lungenkarzinom_2018-03.pdf)
556 [007OL_I_S3_Lungenkarzinom_2018-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-007OL_I_S3_Lungenkarzinom_2018-03.pdf).

557 2. **Hsu F, De Caluwe A, Anderson D, Nichol A, Toriumi T, Ho C.** Patterns of spread
558 and prognostic implications of lung cancer metastasis in an era of driver mutations.
559 *Curr Oncol* 2017;24(4):228-233.

560 3. **Kuchuk M, Kuchuk I, Sabri E, Hutton B, Clemons M, Wheatley-Price P.** The
561 incidence and clinical impact of bone metastases in non-small cell lung cancer. *Lung*
562 *Cancer* 2015;89(2):197-202.

563

Stellungnahme

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung
§ 116b SGB V (ASV-RL)**

Anlage 1.1a) Tumorgruppe 5 Tumoren der Lunge und des
Thorax

28.10.2019

Änderungsvorschlag zum Appendix des Beschlussesentwurfs „Tumoren der Lunge und des Thorax“ Anlage 1.1a) ASV-RL Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen [GOP] des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]) für das 4. Quartal 2019

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

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

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



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

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



Berlin, 28.10.2019

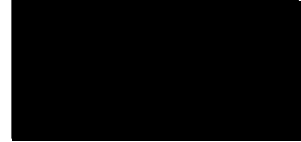
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

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



**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Anlage 1.1a) Tumorgruppe 5 Tumoren der Lunge und des Thorax**
Ihr Schreiben vom 30.09.2019

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 30.09.2019, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Tumorgruppe 5
Tumoren der Lunge und des Thorax“ (ASV-RL, Anlage 1.1a)) gegeben wird.

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

Mit freundlichen Grüßen

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



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

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: [REDACTED]

Ihr Schreiben vom
30. September 2019

Durchwahl
[REDACTED]

Datum
28. Oktober 2019

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

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Anlage 1.1a) Tumorgruppe 5 Tumoren der Lunge und des Thorax**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung
der ASV-Richtlinie: Anlage 1.1a) Tumorgruppe 5 Tumoren der Lunge und des Thorax.

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

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

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

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 13. November 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BPtK / 28.10.2019	<p>Änderungsvorschlag zum Appendix des Beschlussentwurfs „Tumoren der Lunge und des Thorax“ Anlage 1.1a) ASV-RL Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen [GOP] des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]) für das 4. Quartal 2019</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass in Abschnitt 2 des Appendix zur Indikation „Tumoren der Lunge und des Thorax“ die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen aufgenommen wurden (EBM-Ziffern 51030, 51032). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychischen Belastungen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nach entsprechendem Auftrag durch das Kernteam zunächst eine diagnostische Abklärung der psychischen Symptomatik und Indikationsstellung erfolgt, um dann gezielt die erforderlichen Maßnahmen veranlassen zu können. Diese diagnostische Abklärung findet nicht im Kernteam der ASV, in dem keine psychotherapeutische Fachexpertise vertreten ist, sondern gemäß der Struktur der ASV auf der dritten Ebene der hinzuziehenden Fachärzte statt. Bei Hinweisen auf eine hohe psychische</p>	<p>Die psychotherapeutische Sprechstunde ist eine Leistung des EBM, die für einen niederschweligen Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung (Erstzugang für Versicherten zur Psychotherapie) geschaffen wurde und der Grundversorgung zugeordnet wird. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob und wie eine Weiterbehandlung erfolgen soll. Für die ASV hat der G-BA geregelt, dass bei bestehender Notwendigkeit dem Patienten ein zeitgerechter Zugang zur psychotherapeutischen Betreuung durch das ASV-Team strukturell gewährleistet wird. Daher ist für die ASV die Aufnahme dieser Leistung in den Behandlungsumfang nicht erforderlich.</p> <p>Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist eine Leistung des EBM, die für einen nie-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

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

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

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

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

II. Anhörung

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

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