

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 Tumorgruppe 7:
Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Vom 16. Dezember 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	17
4.	Verfahrensablauf.....	18
5.	Fazit	20
6.	Literaturverzeichnis	20
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	20

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 a.F. (ABK-RL).

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

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

2.1 Aufbau

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

Die Anlage Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven 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 des Gehirns und der peripheren Nerven. Sie bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen. 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.

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.

Kodes mit der vierten Stelle .9 nicht näher bezeichnet ohne Organbezug wurden nicht aufgenommen, da die Indikationsstellung für die ASV spezifischerer ICD-Kodes bedarf.

Einige ICD-Kodes aus der ABK-Richtlinie wurden nicht übernommen:

C45.7, C45.9, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C75.9, C76.3, C76.7, C76.8, C80.9. Es handelt sich dabei um ICD-Kodes, die Tumoren an Lokalisationen außerhalb von ZNS, Rückenmark oder peripheren Nerven, Tumoren an „sonstiger Lokalisation“ oder „nicht näher bezeichnete“ Tumoren beschreiben. Da die Sicherung der Tumordiagnose Eingangskriterium für die Versorgung in der ASV ist, stehen die Lokalisation des Tumors und seine genaue Bezeichnung fest.

Relevant für die klinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven aus der Gruppe der Lymphome sind ausschließlich primäre ZNS-Lymphome, da diese durch neurologische Symptome auffallen und außer systemischer medikamentöser Therapie auch Strahlentherapie und stereotaktische Biopsien angezeigt sein können. Bei primären ZNS-Lymphomen handelt es sich regelhaft um diffus großzellige B-Zell-Lymphome (C83.3), so dass auf die Übernahme der ICD-Kodes für andere Arten von malignen Lymphomen verzichtet wurde: C82.-, C83.- (bis auf C83.3), C84.-, C85.-, C96.-. Diese Erkrankungen werden, selbst wenn ein sekundärer ZNS-Befall vorliegt, der Tumorgruppe der hämatologischen Neoplasien zugeordnet.

2.2.2 Behandlungsumfang

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

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

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

Diagnostik

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

Behandlung

Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß

Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen und von Behandlungsspätfolgen.

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

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

Beratung

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

Bereits in der alten Fassung der Richtlinie nach § 116b SGB V a.F. („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 Anlage der 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- bzw. Selbsthilfeorganisationen hin.

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

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.

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, intracavitär oder oral applizierte medikamentöse Tumorthherapie 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 krebskranker 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.

Im Rahmen der Anlage zu Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven steht die Positronen-Emissions-Tomografie/Computertomografie (PET/CT) bei folgenden Indikationen zur Verfügung:

Für die Diagnostik von Tumoren des Gehirns und der Nerven gibt es bislang keine vom G-BA positiv bewertete Indikation für PET (Positronen-Emissions-Tomographie). Bei den folgenden Indikationen soll eine PET- bzw. PET/CT-Untersuchung als Leistung zur Verfügung stehen:

1. PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, z. B. O-(2-[18F]Fluoroethyl)-L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT

- zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und
- zur Sicherung eines Tumorrezidivs.

In der Regel werden Glioblastome primär operiert oder es wird bei nicht operabler Lokalisation zumindest eine Biopsie entnommen. Anschließend folgt meist eine Radiochemotherapie. Als Folge von Operation, Biopsie oder Bestrahlung können sich Befunde im MRT ergeben, bei denen nicht zwischen posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe unterschieden werden kann. Teilweise ist es deshalb auch nicht sicher möglich

ein Tumorrezidiv bzw. einen Tumorprogress zu erkennen. Um eine Lokalthherapie mit Bestrahlung oder Operation planen zu können, ist der sichere Nachweis von Tumorgewebe notwendig. Dazu kann ein PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren als Tracer beitragen. Eine 2020 von de Zwart PL et al.[1] publizierte Metaanalyse von Daten aus 27 Studien hat ergeben, dass PET mit O-(2-18F-fluoroethyl)-L-tyrosine oder S-(11C-methyl)-L-methionine als radioaktive Tracer im Vergleich zur Verwendung von 18F-FDG eine höhere Sensitivität zum Nachweis von Glioblastomen besitzt und deshalb in dieser Indikation bevorzugt eingesetzt werden sollte.

2. PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose (F18-FDG-PET/CT)

- bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv aufgrund der besonderen Eignung dieser Methode

sowie

- bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, MRT) primär zerebralem Lymphom zur Therapieentscheidung nach Ausschluss extrakranieller Lymphomherde.

ZNS-Lymphome sind histologisch diffus großzellige B-Zell-Lymphome (DLBCL) und auf das ZNS begrenzt. Sie werden nach anderen standardisierten diagnostischen Algorithmen behandelt als die wesentlich häufigeren nodalen DLBCL, selbst wenn diese sekundär das ZNS befallen haben. Zum Ausschluss extrakranieller Lymphomherde wird deshalb neben einer klinischen Untersuchung der palpablen Lymphknoten eine CT-Untersuchung von Thorax, Abdomen und Becken durchgeführt. Sollten sich hier unklare Befunde ergeben, kann ergänzend eine F18-FDG-PET/CT angeschlossen werden. Entsprechende Empfehlungen sind in Leitlinien wie der European Society for Medical Oncology (ESMO) zum primären ZNS-Lymphom enthalten: „CT-Untersuchungen von Thorax, Abdomen und Becken oder ein PET/CT können zum Ausschluss einer systemischen Erkrankung durchgeführt werden“ (deutsche Übersetzung).

3. PET; PET/CT mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden bei differenzierten neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie.

Dies entspricht dem diagnostischen Vorgehen bei neuroendokrinen Tumoren in den anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen.

Untersuchungen zum Ausschluss oder zum Nachweis eines Rezidivs sollten nur bei begründetem Verdacht durchgeführt werden. Das können klinische Symptome sein oder ein Rezidivverdacht in anderen bildgebenden Untersuchungen wie Sonographie oder CT.

Es wird deklaratorisch darauf hingewiesen, dass ggf. vom G-BA im Rahmen von Erprobungen nach § 137e SGB V festgelegte Qualitätsanforderungen bei der Leistungserbringung im Rahmen der ASV zu beachten sind.

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

Die Regelungen zu den personellen Anforderungen wurden entsprechend den bisherigen onkologischen Anlagen der ASV-RL in ihrer Struktur grundsätzlich übernommen und spezifisch für die Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven definiert.

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 Fachärztinnen und Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

a) Teamleitung

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

b) Kernteam

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

In Analogie zu den anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen wurden dem Kernteam nur die Fachdisziplinen zugeordnet, die für die Durchführung der medikamentösen und chirurgischen Therapie oder Strahlentherapie hauptverantwortlich sind, während die zumindest überwiegend diagnostisch relevanten Fachdisziplinen sämtlich der dritten Ebene zugeordnet wurden.

In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (z.B. Fachärztin bzw. Facharzt mit Schwerpunkt) abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen bzw. 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 bzw. Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen bzw. 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 bzw. Fachärzten, die über den oben genannten Weg die Zulassung erworben haben und z. B. 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. Februar 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.

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:

Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie

Fachärztinnen und Fachärzte für Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie sind in der ABK-RL im allgemeinen onkologischen Teil aufgeführt und werden nur bei medizinischer Notwendigkeit in die Behandlung einbezogen, welche im Rahmen dieser Anlage nicht regelhaft gesehen wird, sodass die Verortung für die Ebene der Hinzuzuziehenden vorgenommen wird. Diese Einbindung kann beispielsweise bei seltenen Erkrankungen wie Glomus caroticum (C75.4) Glomus aorticum und sonstige Paraganglien (C75.5) relevant werden, die sich durch eine mitunter enge Lagebeziehung zu Gefäßen auszeichnen. Dies kann auch in Bezug auf die Lokalisation von in der Anlage eingeschlossenen Tumoren zutreffend sein. Infolge dessen kann bei kritischen Lagebeziehungen beispielsweise eine präoperative Abklärung angezeigt sein, um Komplikationen bei der Operation des Tumors vorzubeugen. Diese Fachgruppen waren bereits in der ABK-RL im „allgemeinen onkologischen Teil“ bei Notwendigkeit vorgesehen. Entsprechend der MWBO der Bundesärztekammer können diese Fachgruppen auch eine angiologische Diagnostik (z. B. mit Dopplersonographie) durchführen. Die Zuordnungen für die Fachgebiete Neuropathologie und Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie erfolgte in die Ebene der Hinzuzuziehenden.

Radiologie

Zusätzlich zu den in der ASV teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzten für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie können Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie ohne Schwerpunkt hinzugezogen werden.

Aufgrund des umfangreichen Indikationsspektrums der Anlage kann beispielsweise für die radiologische Beurteilung des Thorax oder des Abdomens die fachliche Routine dieser Fachärztinnen und Fachärzte notwendig sein.

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

Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paragangliom-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen

Die Aufnahme des Fachgebietes Humangenetik wurde für die Diagnostik von Paragangliomen mit Beteiligung nervaler Strukturen geöffnet, da nach aktuellem Wissensstand diese die einzigen Tumoren dieser onkologischen Anlage sind, von denen eine familiäre Häufung bei genetischer Prädisposition durch Mutationen definierter Gene bekannt ist. So sind ca. 30% aller Paragangliome hereditär und auf eine kausale Keimbahnmutation zurückzuführen. Zur Gruppe der erblichen Erkrankungen mit Paragangliomen gehören neben der Multiplen Endokrinen Neoplasie Typ 2, dem von Hippel-Lindau-Syndrom und der Neurofibromatose Typ 1 beispielsweise auch das Paragangliom-Syndrom Typ 1 bis Typ 5. Da Glomustumoren vergleichsweise häufig im Rahmen der hereditären Paragangliom-Syndrome auftreten können, hält der G-BA den Einbezug der Fachärztin bzw. des Facharztes für Humangenetik auch für diese seltene Tumorform für sinnvoll. In die molekulargenetische Untersuchung werden vor allem die Gene des SDH-Komplexes mit einbezogen. Mutationen im SDHB-Gen sollen darüber hinaus mit einer erhöhten Malignität verbunden sein. Nur bei diesen Tumoren ist deshalb eine gezielte genetische Diagnostik mit Beratung angezeigt.

Laboratoriumsmedizin

Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Laboratoriumsmedizin analysiert mit Hilfe von morphologischen, chemischen, physikalischen, immunologischen, biochemischen, immunchemischen, molekularbiologischen Untersuchungsverfahren Körperflüssigkeiten und Gewebe und ist unverzichtbar für die Diagnostik und auch Bewertung und Prognoseabschätzung therapeutischer Maßnahmen.

Orthopädie und Unfallchirurgie

Zusätzlich wurde das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie bei den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten berücksichtigt. Diese Anlage zur ASV-RL umfasst nicht nur Tumore des Gehirns, die eindeutig dem Fachgebiet Neurochirurgie zuzuordnen sind, sondern auch Tumore des Rückenmarks, der Nervenwurzeln und der peripheren Nerven an den Extremitäten, für die die Einbindung der zusätzlichen Kompetenz dieses Fachgebietes in der

Wirbelsäulenchirurgie und der Extremitätenchirurgie wichtig sein kann, um eine optimale interdisziplinäre Planung der Operation im ASV-Team zu gewährleisten.

Pathologie

Zusätzlich kann für die Ebene der Hinzuzuziehenden eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden. Von dieser Möglichkeit soll insbesondere Gebrauch gemacht werden, wenn die zwingend zu benennende Neuropathologin bzw. der zwingend zu benennende Neuropathologe z.B. aufgrund von Spezialisierung nicht über die erforderliche pathologische Expertise oder Ausstattung verfügt.

Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeut

Im Gegensatz zu den bereits beschlossenen onkologischen Anlagen zur ASV-RL wird die Fachdisziplin Psychiatrie und Psychotherapie als eigene Fachgruppe aufgenommen. Bei den bereits bestehenden onkologischen Anlagen wurden als Alternative auch folgende weitere Fachdisziplinen zugelassen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut, da die psychoonkologische Betreuung im Fokus steht. ZNS-Tumore können mit ausgeprägten psychiatrischen Symptomen verbunden sein, die eine spezielle Diagnostik und Behandlung, z. B. auch mit Psychopharmaka notwendig machen können. Dafür ist die Beteiligung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie im interdisziplinären Team erforderlich. Die psychoonkologische Betreuung kann auch in dieser Anlage durch die vorgenannten Fachgebiete erfolgen.

Die Konkretisierung der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven 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 bzw. Fachärzten des fachärztlichen oder hausärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der ASV nicht erforderlich.

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

Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie

Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie wurde als Fachgebiet nicht berücksichtigt, da Metastasen von Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven in Leber

oder anderen Organen des Gastrointestinaltrakts praktisch nicht vorkommen und gastrointestinale Erkrankungen keine besondere Häufung bei dieser Tumorgruppe zeigen.

Innere Medizin und Nephrologie

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

2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a. eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. 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 therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

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

2.2.3.3 Dokumentation

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

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.

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

2.2.3.4 Mindestmengen

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

Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankung Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven mitbringen müssen.

Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen, wie sie in § 6 ABK-RL geregelt wurde, fest. Die dort definierte Mindestmenge von 50 je Einrichtung wurde in der ABK-RL auf Anregung von Expertinnen und Experten festgelegt. Diese Festlegung wurde aus der ABK-RL in die ASV-RL übernommen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

2.2.4 Überweisungserfordernis

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

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.

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

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

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

Grundlage für den Ziffernkranz bei Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven 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 2021 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2021. Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

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

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

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

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

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

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den erkrankungsspezifischen

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

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

Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

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

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

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

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

Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

Abschnitt 2:

Das in Abschnitt 2 des Appendix benannte Verfahren ist 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 109.778 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 411.729 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. **Verfahrensablauf**

Am 16. Dezember 2020 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 7. April 2021 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 15 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
11. November 2020	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
16. Dezember 2020	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
28. Januar 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
25. Februar 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
24. März 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
7. April 2021	AG ASV-RL-Appendix	Erste Beratung zum Appendix
20. April 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
5. Mai 2021	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix
18. Mai 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
23. Juni 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
15. Juli 2021	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix
22. Juli 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

5. August 2021	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix
26. August 2021	AG ASV	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe
8. September 2021	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
20. Oktober 2021	AG ASV	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
21. Oktober 2021	AG ASV-RL-Appendix	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
10. November 2021	UA ASV	Auswertung der schriftlichen Stellungnahme; Beschlussempfehlung an das Plenum
16. Dezember 2021	Plenum	Beschlussfassung

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 III**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlusentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom 8. September 2021 wurde das Stellungnahmeverfahren am 10. September 2021 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage IV. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 8. Oktober 2021.

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 5. Oktober 2021 vor (**Anlage V**). Die eingereichte Stellungnahme und die Rückmeldungen befinden sich in **Anlage IV**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 20. Oktober 2021 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 10. November 2021 durchgeführt (**Anlage V**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2021 beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

1. **De Zwart PL, van Dijken BRJ, Holtman GA, Stormezand GN, Dierckx R, Jan van Laar P, et al.** Diagnostic accuracy of PET tracers for the differentiation of tumor progression from treatment-related changes in high-grade glioma: a systematic review and metaanalysis. J Nucl Med 2020;61(4):498-504.

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage III: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven inklusive der Tragenden Gründe

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

Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme

Berlin, den 16. Dezember 2021

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 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

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

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

Bei dem vorliegenden Beschluss handelt es sich um eine Konkretisierung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL. Mit diesem Beschluss wird die Anlage 1.1 der ASV-RL zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen a) onkologische Erkrankungen hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven 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 des Gehirns und der peripheren Nerven) 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 98 Stunden (5.870 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	360
Beschaffung von Daten	2.630
Aufbereitung der Daten	180
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	150
Externe Sitzungen	2.400
Kopieren, Archivieren, Verteilen	45
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	90 (360 Min., jedoch bei 25% der Teams)
Insgesamt:	5.870

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 Mindestmenvorgaben an.

Hinsichtlich des Zeitaufwands für interne Sitzungen wird davon ausgegangen, dass bei jedem der fünf 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 27,90 Euro je Team (18 x 1,55 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 5.545 Euro (53,3 Euro x 98 + 294 Euro + 27,90 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 54 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 18 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau (21,00 Euro/h) erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 18,90 Euro (21,00 Euro / 60 x 54).

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	18
Kopieren, Archivieren, Verteilen	36
Insgesamt:	54

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 (53,30 Euro/h) veranschlagt. Dies ergibt geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 142,13 Euro (53,30 Euro / 60 x 160) je neu zu besetzendem Mitglied.

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

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

4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankengesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau (53,3 Euro/h) 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 18 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 432 Euro (24 Euro x 18).

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 5.000 Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven, welche jährlich im Rahmen der ambulanten

spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 5.250 Euro (1,05 Euro x 5.000) pro Jahr.

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

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

6. Nachweis der Erfüllung der Mindestmenge in den Folgejahren

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 fünf Kernteamärzte den Nachweis erbringen. Erforderlich ist hierfür hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h). Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

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

Standardaktivität	Minutenwert je Kernteamarzt	Minutenwert je Kernteam
Beschaffung von Daten	50	250
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	5
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	10
Insgesamt:	53	265

Die Schätzung des für die Beschaffung der notwendigen Daten erforderlichen Zeitaufwands erfolgte unter Rückgriff auf den hierfür in der Zeitwerttabelle vorgesehenen Wert von drei Minuten (bei einfacher Komplexität). Für den Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist für jedes Kernteam in 50 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 265 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 235 Euro (53,3 Euro / 60 x 265).

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 178 Euro (53,3 Euro / 60 x 200) je Kernteam.

Insgesamt gehen folglich mit dem Nachweis der im Beschluss geforderten Mindestmengen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 413 Euro (235 Euro + 178 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 5.000 Patienten ergeben sich somit bezüglich der Dokumentation des TNM-Status jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 4.000 Euro (0,8 Euro x 5.000).

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	5.545	einmalig
Meldung nach Zulassung	18,90	einmalig
Neubesetzung	142,13	je neu zu besetzendem Mitglied
Vertretung	432	jährlich
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,05	je Patient
Nachweis der Mindestmengerfüllung in den Folgejahren	413	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 5.000 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 50 Patienten je Kern-Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 100 Teams ausgegangen werden (5.000/50). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 48 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 74 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt zu erwartenden Bürokratiekosten (Annahme: 74 Teams)

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	410.330
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	20.517
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.399
Meldung nach Zulassung in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	70
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 74 Teams x 18 Ärzte = 1.332, davon 5% = 67 Ärzte)	9.523
Vertretung (jährlich)	31.968
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 5.000 Patienten)	5.250
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	30.562
TNM-Dokumentation (bei jährlich 5.000 Patienten)	4.000
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen (jährlich)	7.888
Summe einmalige Bürokratiekosten	411.729
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	109.778

Insgesamt resultieren aus den aufgeführten Informationspflichten unter der Annahme von 74 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 109.778 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 411.729 Euro.



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

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



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche
Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 – Buchstabe a
onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren
des Gehirns und der peripheren Nerven

Stand: 10.09.2021

Legende

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

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

Vom **XX. Monat 20JJ**

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

I. Der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen wird folgende Tumorgruppe 7 angefügt:

„Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven ab dem vollendeten 18. Lebensjahr

GKV-SV, KBV

, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

DKG, PatV

.
[keine
Ergänzung]

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

- 30 C47.- Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
- 31 C70.- Bösartige Neubildung der Meningen
- 32 C71.- Bösartige Neubildung des Gehirns
- 33 C72.- Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des
 34 Zentralnervensystems
- 35 C75.1 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
 36 Hypophyse
- 37 C75.2 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
 38 Ductus craniopharyngealis
- 39 C75.3 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
 40 Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]
- 41 C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
 42 Glomus caroticum
- 43 C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
 44 Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- 45 C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
 46 Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet

47

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	[keine Aufnahme]

48

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

50 **Primäre ZNS-Lymphome**

- 51 C83.3 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom
- 52 D32.- Gutartige Neubildung der Meningen
- 53 D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
- 54 D35.2 Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen:
 55 Hypophyse
- 56 D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Meningen
- 57 D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des
 58 Zentralnervensystems
- 59 D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen:
 60 Ductus craniopharyngealis

61 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

63 **Diagnostik**

- 64 – Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 65 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 66 – Anamnese
- 67 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT inklusive
- 68 Postmyelographie-Computertomographie, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 69 – Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- 70 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 71 – Körperliche Untersuchung
- 72 – Laboruntersuchungen
- 73 – Liquordiagnostik
- 74 – Neurophysiologische Untersuchungen (z.B. EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- 75 – Punktionen, Biopsien
- 76 – Tumorstaging

77 **Behandlung**

- 78 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 79 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 80 – Antiepileptische Therapie
- 81 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 82 Eingriffen
- 83 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 84 – Behandlung in Notfallsituationen
- 85 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 86 Behandlungsfolgen
- 87 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 88 – Einleitung einer Rehabilitation
- 89 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 90 – Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 91 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 92 – Physikalische Therapie
- 93 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 94 – Schmerztherapie
- 95 – Strahlentherapie
- 96 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 97 – Transfusionen

98

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
- Verordnung von erkrankungsbezogenen digitalen Gesundheitsanwendungen	<i>[keine Aufnahme]</i>

- 99 – Wundversorgung

100

101 **Beratung**

- 102 – zu Diagnostik und Behandlung
- 103 – zur Ernährung
- 104 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 105 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 106 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 107 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 108 – zu Rehabilitationsangeboten
- 109 – Sexualität und Familienplanung
- 110 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

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

- 113 - PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren,
 114 z. B. O-(2-[18F]Fluoroethyl)-L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie
 115 (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren
 116 Befunden im MRT:
 - 117 - zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und
 - 118 - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- 119 - PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
 - 120 - bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der
 - 121 Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ
 - 122 intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv
 - 123 - bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, ggf. auch MRT) primär
 - 124 zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach Ausschluss
 - 125 extrakranieller Lymphomherde

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
- bei hirneigenen Tumoren oder sekundären Hirntumoren mit unklaren Befunden im MRT zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe	[keine Aufnahme]

- 126 - PET; PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie z. B. 68 Ga-DOTATOC oder 68 Ga-
 127 DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der
 128 Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten
 129 Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor
 130 nuklearmedizinischer Therapie
- 131 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
 132 Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter tumorspezifischer
 133 Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage
 134 7 BMV-Ärzte))
- 135 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
 136 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
 137 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- 138 - Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach
 139 Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin
 140 bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines
 141 standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der
 142 Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung
 143 oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)
- 144 - Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach
 145 Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin
 146 bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des
 147 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B.
 148 Hospize, SAPV)
- 149 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der
 150 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 151 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu
 152 beachten.

153 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

154 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

157 **a) Teamleitung**

- 158 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 159 – Neurologie oder
- 160 – Neurochirurgie oder
- 161 – Strahlentherapie

162 **b) Kernteam**

- 163 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 164 – Neurologie
- 165 – Neurochirurgie

GKV-SV	KBV, DKG, PatV
– Orthopädie und Unfallchirurgie	<i>[keine Aufnahme]</i>

- 166 – Strahlentherapie

167 Bei endokrinen Tumoren zusätzlich auch:

- 168 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

169
 170 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin
 171 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere
 172 Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie,
 173 denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur
 174 Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä])
 175 seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

176 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 177 – Anästhesiologie
- 178 – Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- 179 – Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten
- 180 Paraganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen
- 181 – Innere Medizin und Kardiologie
- 182 – Laboratoriumsmedizin
- 183 – Neuropathologie
- 184 – Nuklearmedizin

GKV-SV [sofern keine Aufnahme im Kernteam erfolgt], PatV – Orthopädie und Unfallchirurgie	KBV, DKG [keine Aufnahme]
--	-------------------------------------

186

DKG, KBV, PatV – Pathologie, sofern die Facharztgruppe Neuropathologie nicht über die erforderliche pathologische Expertise oder Ausstattung für die unter Nummer 1 der Konkretisierung genannten Erkrankungen verfügt	GKV-SV [streichen]
--	------------------------------

187

DKG – Psychiatrie und Psychotherapie <u>oder</u> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	GKV-SV, KBV, PatV – Psychiatrie und Psychotherapie oder – Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
--	---

188

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

189

- 190 – Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie
- 191 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die
- 192 Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

193 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

- 195 - eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
- 196 Einrichtungen besteht:
 - 197 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
 - 198 besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten
 - 199 oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - 200 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

- 201 – Ergotherapie
 202 – Logopädie
 203 – Physiotherapie
 204 – sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit
 205 sozialen Beratungsangeboten
 206 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 207 - eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer
 208 bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 209 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 210 – Neurologie
 211 – Neurochirurgie
- 212 - mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte
 213 Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen
 214 einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende
 215 Erfahrung vorzuweisen.
- 216 - zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer
 217 onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder
 218 Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des
 219 Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen,
 220 mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon
 221 sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die
 222 Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- 223 - der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen
 224 Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- 225 - die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 226 - eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und
 227 transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende
 228 und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 229 - für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten
 230 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 231 - eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten
 232 Wirkstoffe erfolgt,
- 233 - eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen
 234 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von
 235 Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
- 236 - eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut-
 237 und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung
 238 steht,
- 239 - Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
 240 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen
 241 und Patienten bereitgehalten werden,

- 242 - die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 243 - stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 244 - den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
- 245 Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-
- 246 Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur
- 247 Verfügung gestellt wird,
- 248 - eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den
- 249 Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

250 **3.3 Dokumentation**

251 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur

252 Diagnosesicherheit,

GKV-SV, KBV, PatV	DKG
TNM-Status	<i>[keine Aufnahme]</i>

253

254), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des

255 Behandlungstages sind zu dokumentieren.

256 **3.4 Mindestmengen**

GKV-SV, KBV, PatV	DKG
Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.	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 bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und	<i>[Zustimmung sofern MM beschlossen]</i>

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

258 **4 Überweisungserfordernis**

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

261

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

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

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

268 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**269 Präambel**

270 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
271 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
272 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
273 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
274 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
275 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
276 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 31. Juli 2021 zu Änderungen des
277 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2021. Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich
278 die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM
279 gefunden haben (Abschnitt 2).

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

283 Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und
284 Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung XXX, denen
285 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der
286 Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt
287 wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung
288 und Genehmigung vorliegt.

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

292

293

Appendix „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“294 **Legende**0
1

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

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

295

296 II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in
297 Kraft.

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

300 Berlin, den TT. Monat 20JJ

301 Gemeinsamer Bundesausschuss
302 gemäß § 91 SGB V
303 Der Vorsitzende

304

305 Prof. Hecken

Appendix des Beschlusssentwurfs Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven mit

- Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 4. Quartal 2021)
- Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfanges)

Stand: 10.09.2021

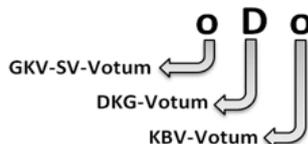
Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

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
_Do	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 sind dissent
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
		Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Neurologie	Neurochirurgie	[GKV-SV] Orthopädie und Unfallchirurgie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Neuropathologie	Nuklearmedizin	[GKV-SV, PatV] Orthopädie und Unfallchirurgie	[DKG, PatV] Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	[DKG, KBV, PatV] Pathologie	
1a	PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, z. B. O-(2-[18F]Fluoroethyl)-L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT: - zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und - zur Sicherung eines Tumorrezidivs	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000
1b	PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose - bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv - bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, ggf. auch MRT) primär zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach Ausschluss extrakranieller Lymphomherde [DKG: - bei hirneigenen Tumoren oder sekundären Hirntumoren mit unklaren Befunden im MRT zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe]	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000
1c	PET: PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie z. B. 68 Ga-DOTATOC oder 68 Ga-DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000
2	Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
3	Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
4	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
		Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Neurologie	Neurochirurgie	[GKV-SV] Orthopädie und Unfallchirurgie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Neuropathologie	Nuklearmedizin	[GKV-SV, PatV] Orthopädie und Unfallchirurgie	[DKG, PatV] Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	[DKG, KBV, PatV] Pathologie
5	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK
6	Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (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
7	Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 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



1 Tragende Gründe

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 3 über eine Änderung der Richtlinie ambulante
 4 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:
 5 Ergänzung der Anlage 1.1 a Tumorgruppe 7: Tumoren des
 6 Gehirns und der peripheren Nerven

7 **Stand: 09.09.2021**

8 **Legende:**

9 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

11

12 Vom XX. Monat JJJJ

13 **Inhalt**

14	1. Rechtsgrundlage.....	2
15	2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
16	3. Bürokratiekostenermittlung.....	23
17	4. Verfahrensablauf.....	23
18	5. Fazit.....	25
19	6. Literaturverzeichnis.....	26
20	7. Zusammenfassende Dokumentation.....	26

21

22 **1. Rechtsgrundlage**

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

28 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

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

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

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

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

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

50

51 2.1 Aufbau

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

55 Die Anlage Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven ist wie folgt gegliedert:

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

71 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:

72 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

73 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
74 mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven. Sie bezieht sich nur auf die Behandlung
75 von Erwachsenen. Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen
76 werden in einer eigenen erkrankungsspezifischen Regelung festgelegt, da für Kinder- und
77 Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten zu berücksichtigen sind, denen explizit
78 Rechnung getragen werden soll.

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre	Entsprechend § 116b Abs. 1 Nr. 1 SGB V handelt es sich bei onkologischen Erkrankungen um Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, die grundsätzlich in der ASV versorgt

<p>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.</p>	<p>werden können. Die Konkretisierung erfolgt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen Anlage. Eine Eingrenzung anhand der Behandlung ist bei Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven aufgrund des besonderen Krankheitsverlaufs nicht erforderlich.</p>
---	--

79

80 Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung
81 komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle
82 Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen
83 erfordern. Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die
84 komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise
85 einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen
86 Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören. Kodes mit der
87 vierten Stelle .9 nicht näher bezeichnet ohne Organbezug wurden nicht aufgenommen, da die
88 Indikationsstellung für die ASV spezifischerer ICD-Kodes bedarf.

89 Einige ICD-Kodes aus der ABK-Richtlinie wurden nicht übernommen:

90 C45.7, C45.9, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C75.9, C76.3, C76.7, C76.8, C80.9. Es handelt sich
91 dabei um ICD-Kodes, die Tumoren an Lokalisationen außerhalb von ZNS, Rückenmark oder
92 peripheren Nerven, n Tumoren an „sonstiger Lokalisation“ n oder „nicht näher bezeichnete“
93 Tumoren beschreiben. Da die Sicherung der Tumordiagnose Eingangskriterium für die
94 Versorgung in der ASV ist, stehen die Lokalisation des Tumors und seine genaue Bezeichnung
95 fest.

96

<p>DKG</p> <p><u>C79.3 Sekundäre bösartige Neubildungen des Gehirns und der Hirnhäute</u></p> <p>Sekundäre bösartige Neubildungen des Gehirns und der Hirnhäute können aufgrund der zentralen Lokalisation schwerwiegende neurologische Beeinträchtigungen des Patienten nach sich ziehen. Zur adäquaten Versorgung dieser Patienten ist mitunter spezialisierte interdisziplinäre Expertise erforderlich. Abweichend vom bisherigen Vorgehen bei onkologischen Anlagen der ASV-RL, wonach die Behandlung der Konkretisierung zum jeweiligen Primärtumor zugeordnet wurde, soll mit der Ergänzung des bereits im allgemeinen Teil der Anlage 3 Nummer 1 der ABK-RL abgebildeten ICD-Kodes C79.3 in der Anlage „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ der ASV-RL der besonderen Lokalisation dieser Neubildungen Rechenschaft getragen werden. Dem Patienten wird damit die Versorgung durch ein auf dieses Organsystem onkologisch spezifisch ausgerichtetes Behandlungsteam zugänglich gemacht. Sofern die Behandlung des Primärtumors im Vordergrund steht, sollte weiterhin die Versorgung in der jeweiligen Anlage der ASV-RL erfolgen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Gestrichen wurden die ICD-Kodes für sekundäre bösartige Neubildungen (C77 – C79). Dabei handelt es sich um ZNS-Metastasen bösartiger Tumore anderer Lokalisation wie Brust- oder Lungenkrebs. Bei diesen Fernmetastasen müssen Therapiestrategien immer interdisziplinär vor dem Hintergrund der Prognose und der Behandlungsmöglichkeiten des Primärtumors durch die für die Behandlung des Primärtumors verantwortlichen Ärzte abgestimmt werden. In einigen Fällen kann bereits auf die Lokalthherapie von Hirnmetastasen (Bestrahlung oder Operation) verzichtet werden, da Medikamente zur Verfügung stehen, die nicht nur auf den Primärtumor wirken, sondern auch zur Behandlung von Hirnmetastasen geeignet sind. Die Zuordnung der ICD-Kodes für sekundäre bösartige Neubildungen zur Tumorgruppe soll sich daher am entsprechenden Primärtumor orientieren.</p>
---	--

97

98 Relevant für die klinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des
 99 Gehirns und der peripheren Nerven aus der Gruppe der Lymphome sind nur primäre ZNS-
 100 Lymphome, da diese durch neurologische Symptome auffallen und außer systemischer
 101 medikamentöser Therapie auch Strahlentherapie und stereotaktische Biopsien angezeigt sein
 102 können. Bei primären ZNS-Lymphomen handelt es sich regelhaft um diffus großzellige B-Zell-
 103 Lymphome (C83.3), so dass auf die Übernahme der ICD-Kodes für andere Arten von malignen
 104 Lymphomen verzichtet wurde: C82.-, C83.- (bis auf C83.3), C84.-, C85.-, C96.-. Diese
 105 Erkrankungen werden, selbst wenn ein sekundärer ZNS-Befall vorliegt, der Tumorgruppe der
 106 hämatologischen Neoplasien zugeordnet.

107 [...]

108 **2.2.2 Behandlungsumfang**

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

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

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

121 **Diagnostik**

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

124 **Behandlung**

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

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

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

138 **Beratung**

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

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

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

148 Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Onkologische
149 Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, mit denen der Patient lebenslang umzugehen
150 lernen muss. Durch die Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen,
151 die für seine Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des
152 Patienten bleibt bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von
153 Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen hin.

154 Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann die Ernährung
155 den Verlauf onkologischen Erkrankungen u.a. durch die Beeinflussung von
156 Entzündungsmediatoren positiv verändern.

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

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

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

167 Der G-BA hat im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfanges aus der
168 ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie
169 Koordination der onkologischen Behandlung und die intravenös, intraarteriell oder
170 intracavitär applizierte zytostatische Tumortherapie sowie palliative Leistungen bislang keine
171 oder keine ausreichende Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Daher erfolgte die
172 Aufnahme dieser Punkte in Abschnitt 2 des Appendix. Im Rahmen der vertragsärztlichen
173 Versorgung hatte man diesem besonderen Umstand durch die Vereinbarung über die
174 qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patientinnen und Patienten „Onkologie-
175 Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte), im Weiteren kurz Onkologie-
176 Vereinbarung genannt, Rechnung getragen. Gebührenordnungspositionen für die Abbildung
177 von Tumorkonferenzen und Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL

178 wurden als ASV Leistungen bereits in den Bereich VII EBM übernommen. Durch Benennung
179 der Aspekte Koordination der Behandlung mit Verweis auf die entsprechenden
180 Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung und palliative Versorgung an dieser Stelle
181 unterstreicht der G-BA deren besondere Bedeutung auch im Hinblick auf eine sachgerechte
182 Umsetzung der ASV. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterliegt einem
183 anderen gesetzlichen Regelungskontext (§ 37b SGB V) und ist daher nicht Bestandteil des
184 Behandlungsumfangs in der ASV. Gleichwohl kann die SAPV veranlasst werden.

185 In der ASV steht die Positronen-Emissions-Tomografie/Computertomografie (PET/CT) bei vom
186 G-BA beschlossenen Indikationen zur Diagnostik zur Verfügung. In der ASV-Anlage Tumoren
187 des Gehirns und der peripheren Nerven betrifft dies folgende Indikationen:

188

GKV-SV, KBV

Für die Diagnostik von Tumoren des Gehirns und der Nerven gibt es bislang keine vom G-BA positiv bewertete Indikation für PET (Positronen-Emissions-Tomographie). Bei den folgenden Indikationen soll eine PET- bzw. PET/CT-Untersuchung als Leistung zur Verfügung stehen:

1. PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, z. B. O-(2-[18F]Fluoroethyl)-L-Tyrosin
Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT

- zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und

- zur Sicherung eines Tumorrezidivs.

In der Regel werden Glioblastome primär operiert oder es wird bei nicht operabler Lokalisation zumindest eine Biopsie entnommen. Anschließend folgt meist eine Radiochemotherapie. Als Folge von Operation, Biopsie oder Bestrahlung können sich Befunde im MRT ergeben, bei denen nicht zwischen posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe unterschieden werden kann. Teilweise ist es deshalb auch nicht sicher möglich ein Tumorrezidiv bzw. einen Tumorprogress zu erkennen. Um eine Lokalthherapie mit Bestrahlung oder Operation planen zu können, ist der sichere Nachweis von Tumorgewebe notwendig. Dazu kann ein PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren als Tracer beitragen. Eine 2020 von de Zwart PL¹ et al publizierte Metaanalyse von Daten aus 27 Studien hat ergeben, dass PET mit O-(2-18F-fluoroethyl)-L-tyrosine oder S-(11C-methyl)-L-methionine als radioaktive Tracer im Vergleich zur Verwendung von 18F-FDG eine höhere Sensitivität zum Nachweis von Glioblastomen besitzt und deshalb in dieser Indikation bevorzugt eingesetzt werden sollte.

¹ J Nucl Med 2020; 61:498–504

189

GKV-SV, KBV

2. PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose (F18-FDG-PET/CT) bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, MRT) primär zerebralem Lymphom zur Therapieentscheidung nach Ausschluss extrakranieller Lymphomherde.

ZNS-Lymphome sind histologisch diffus großzellige B-Zell-Lymphome (DLBCL) und auf das ZNS begrenzt. Sie werden nach anderen standardisierten diagnostischen Algorithmen behandelt als die wesentlich häufigeren nodalen DLBCL, selbst wenn diese sekundär das ZNS befallen haben. Zum Ausschluss extrakranieller Lymphomherde wird deshalb neben einer klinischen Untersuchung der palpablen Lymphknoten eine CT-Untersuchung von Thorax, Abdomen und Becken durchgeführt. Sollten sich hier unklare Befunde ergeben, kann ergänzend eine F18-FDG-PET/CT angeschlossen werden. Entsprechende Empfehlungen sind in Leitlinien wie der European Society for Medical Oncology (ESMO) zum primären ZNS-Lymphom enthalten: „CT-Untersuchungen von Thorax, Abdomen und Becken oder ein PET/CT können zum Ausschluss einer systemischen Erkrankung durchgeführt werden“ (deutsche Übersetzung).

190

DKG

Auch bei weiteren selteneren hirneigenen Tumoren, wie Schwannomen, Ependymomen und Medulloblastomen, sind PET/PET-CT Untersuchungen möglich.

191

GKV-SV, KBV

3. PET; PET/CT mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden bei differenzierten neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie.

Dies entspricht dem diagnostischen Vorgehen bei neuroendokrinen Tumoren in den anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen.

192

GKV-SV, KBV

Untersuchungen zum Ausschluss oder zum Nachweis eines Rezidivs sollten nur bei begründetem Verdacht durchgeführt werden. Das können klinische Symptome sein oder ein Rezidivverdacht in anderen bildgebenden Untersuchungen wie Sonographie oder CT.

193

194 Der G-BA hat im Rahmen der Beratungen zur Übertragung des Behandlungsumfangs aus der
195 ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie

196 Koordination der onkologischen Behandlung und die intravenös, intraarteriell oder
197 intracavitär applizierte Tumorthherapie sowie palliative Leistungen bislang keine oder keine
198 ausreichende Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Daher erfolgte die Aufnahme dieser
199 Leistungen in Abschnitt 2 des Appendix analog zu den anderen onkologischen Anlagen zur
200 ASV-RL. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hatte man diesem besonderen
201 Umstand durch die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter
202 Patientinnen und Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-
203 Ärzte), im Weiteren kurz Onkologie-Vereinbarung genannt, Rechnung getragen.
204 Gebührenordnungspositionen für die Abbildung von Tumorkonferenzen und
205 Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL wurden als ASV Leistungen
206 bereits in den Bereich VII EBM übernommen. Durch Benennung der Aspekte Koordination der
207 Behandlung mit Verweis auf die entsprechenden Kostenpauschalen der Onkologie-
208 Vereinbarung und palliative Versorgung an dieser Stelle unterstreicht der G-BA deren
209 besondere Bedeutung auch im Hinblick auf eine sachgerechte Umsetzung der ASV. Die
210 spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterliegt einem anderen gesetzlichen
211 Regelungskontext (§ 37b SGB V) und ist daher nicht Bestandteil des Behandlungsumfanges in
212 der ASV. Gleichwohl kann die SAPV veranlasst werden.
213 Es wird deklaratorisch darauf hingewiesen, dass ggf. vom G-BA im Rahmen von Erprobungen
214 nach § 137e SGB V festgelegte Qualitätsanforderungen bei der Leistungserbringung im
215 Rahmen der ASV zu beachten sind.

216 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

217 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

218 Die Regelungen zu den personellen Anforderungen wurden entsprechend den bisherigen
219 onkologischen Anlagen der ASV-RL in ihrer Struktur grundsätzlich übernommen und spezifisch
220 für die Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven definiert.

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

224 **a) Teamleitung**

- 225 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 226 - Neurologie oder
- 227 - Neurochirurgie oder
- 228 - Strahlentherapie

229 **b) Kernteam**

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

242 Um auch erfahrenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten, die über den oben genannten Weg die
243 Zulassung erworben haben und z. B. im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7
244 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)) seit Jahren onkologische Leistungen erbringen, die Teilnahme
245 an der ASV zu ermöglichen, wurde die Sonderregelung für das Kernteam getroffen, dass
246 sowohl Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie als
247 auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung
248 Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende
249 Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä)
250 seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, teilnehmen können. Es
251 handelt sich um eine Übergangsregelung basierend auf entsprechenden Regelungen im EBM,
252 um die letztgenannten erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzte nicht von der ASV
253 auszuschließen. Der Stichtag wurde erstmalig mit der Anlage 1.1 a) onkologische
254 Erkrankungen- Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle am
255 20.02.2014 beschlossen, der 31. Dezember 2015 als angemessener Zeitraum erachtet, um eine
256 Teambildung nicht zu gefährden. Mit der generellen Stichtagsregelung, die bei Teilnahme der
257 entsprechenden Fachgruppe für alle Anlagen zur ASV-RL gilt, wird hervorgehoben, dass
258 zukünftig die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
259 verpflichtende Voraussetzung sein soll.

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

263 In Analogie zu den anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen wurden dem Kernteam
264 nur die Fachdisziplinen zugeordnet, die für die Durchführung der medikamentösen und
265 chirurgischen Therapie oder Strahlentherapie hauptverantwortlich sind, während die
266 zumindest überwiegend diagnostisch relevanten Fachdisziplinen sämtlich der dritten Ebene
267 zugeordnet wurden.

268

<p>GKV-SV</p> <p><u>Orthopädie und Unfallchirurgie</u></p> <p>Das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie gehört aus medizinisch fachlicher Sicht zum Kernteam. Die hier im Fokus stehende Tumorgruppe umfasst nicht nur Tumore des Gehirns, die eindeutig dem Fachgebiet Neurochirurgie zuzuordnen sind, sondern auch Tumore des Rückenmarks, der Nervenwurzeln und der peripheren Nerven an den Extremitäten. Deshalb ist die zusätzliche Kompetenz dieser Fachdisziplin in der Wirbelsäulenchirurgie und der Extremitätenchirurgie im Kernteam wichtig, um eine optimale interdisziplinäre Planung der Operation im ASV-Team zu gewährleisten.</p>	<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>[Keine Aufnahme]</p>
--	--

269

<p>GKV-SV</p> <p>In den anderen Tumorgruppen wurde das Fachgebiet der diagnostischen Radiologie der dritten Ebene zugeordnet. Auch die Anerkennung für den Schwerpunkt Neuroradiologie begründet nach Bewertung der AG ASV keine andere Zuordnung. Gleiches gilt für die Zuordnung des Fachgebiets Neuropathologie zur dritten Ebene.</p> <p>Auf die zusätzliche Aufnahme der Fachdisziplin Radiologie wurde hingegen verzichtet, da die allermeisten Befunde bei dieser Tumorgruppe in das Fachgebiet Neuroradiologie fallen, was nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer die Bildgebung von Gehirn, Liquorräumen, Wirbelsäule und muskuloskelettalem System sowie Angiographien umfasst. Metastasen in anderen Organen sind bei dieser Tumorgruppe eine absolute Rarität. Außerdem werden im Rahmen der Weiterbildung auch Kompetenzen in der allgemeinen diagnostischen Radiologie erworben.</p>

270

271 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

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

<p>GKV-SV, KBV</p> <p><u>Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie</u></p> <p>Fachärzte für Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie sind in der ABK-RL im allgemeinen onkologischen Teil aufgeführt und werden nur bei medizinischer Notwendigkeit in die Behandlung einbezogen, welche im Rahmen dieser Anlage nicht regelhaft</p>	<p>DKG</p> <p><u>Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie</u></p> <p>Zur Anlage „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ gehören auch die Paragangliome, die sich durch eine mitunter enge Lagebeziehung zu Gefäßen auszeichnen. Dies kann auch in Bezug auf die Lokalisation von in der Anlage eingeschlossenen Tumoren zutreffend sein. Infolge dessen kann bei kritischen Lagebeziehungen beispielsweise eine präoperative Abklärung angezeigt sein, um Komplikationen bei der Operation des Tumors</p>
--	---

gesehen wird, sodass die Verortung für die Ebene der Hinzuzuziehenden vorgenommen wird. Diese Einbindung kann beispielsweise bei seltenen Erkrankungen wie Glomus caroticum (C75.4) Glomus aorticum und sonstige Paraganglien (C75.5) relevant werden.	vorzubeugen. Im Rahmen der Betreuung des Patienten kann deshalb die Beteiligung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Gefäßchirurgie oder für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie notwendig sein. Diese Fachgruppen waren bereits in der ABK-RL im „allgemeinen onkologischen Teil“ bei Notwendigkeit vorgesehen. Entsprechend der MWBO der Bundesärztekammer kann diese Fachgruppe auch eine angiologische Diagnostik (z. B. mit Dopplersonographie) durchführen.
--	---

274

275 Die Zuordnungen für die Fachgebiete Neuropathologie und Radiologie mit Schwerpunkt
276 Neuroradiologie erfolgte in die Ebene der Hinzuzuziehenden.

<p>DKG, PatV [prüft]</p> <p><u>Radiologie</u></p> <p>Zusätzlich zu den in der ASV teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie sollen Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie ohne Schwerpunkt verfügbar sein. Aufgrund des umfangreichen Indikationsspektrums der Anlage kann beispielsweise für die radiologische Beurteilung des Thorax oder des Abdomens die fachliche Routine dieser Fachärztinnen und Fachärzte notwendig sein.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
---	---

277

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

280 Laboratoriumsmedizin

281 Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Laboratoriumsmedizin analysiert mit Hilfe von
282 morphologischen, chemischen, physikalischen, immunologischen, biochemischen,
283 immunchemischen, molekularbiologischen Untersuchungsverfahren Körperflüssigkeiten und
284 Gewebe und ist unverzichtbar für die Diagnostik und auch Bewertung und
285 Prognoseabschätzung therapeutischer Maßnahmen.

286

<p>GKV-SV [sofern keine Aufnahme im Kernteam erfolgt], PatV</p> <p><u>Orthopädie und Unfallchirurgie</u></p> <p>Zusätzlich wurde das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie bei den hinzuzuziehenden</p>	<p>KBV, DKG</p> <p>In dieser ASV-Anlage können neben den „klassischen“ Hirntumoren Tumore des Rückenmarks, der Nervenwurzeln und der peripheren</p>
---	--

<p>Fachärztinnen und Fachärzten berücksichtigt. Diese Tumorgruppe umfasst nicht nur Tumore des Gehirns, die eindeutig dem Fachgebiet Neurochirurgie zuzuordnen sind, sondern auch Tumore des Rückenmarks, der Nervenwurzeln und der peripheren Nerven an den Extremitäten. Deshalb ist die zusätzliche Kompetenz dieser Fachdisziplin in der Wirbelsäulenchirurgie und der Extremitätenchirurgie wichtig, um eine optimale interdisziplinäre Planung der Operation im ASV-Team zu gewährleisten.</p>	<p>Nerven an den Extremitäten behandelt werden. Auf eine von der ABK-RL abweichende, zusätzliche Verortung der Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie als Hinzuzuziehende, die in der 3. Ebene für diagnostisch relevante Fragestellungen nur bei Bedarf (Indikations- oder Definitionsauftrag) eingebunden werden könnte, hat der G-BA verzichtet.</p>
--	--

287

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p><u>Pathologie, sofern die Fachgruppe Neuropathologie nicht die erforderliche pathologische Expertise oder Ausstattung für die unter Nummer 1 der Konkretisierung genannten Erkrankungen verfügt</u></p> <p>Im Rahmen der Diagnostik dieser Anlage ist die Einbindung sowohl neuropathologischer als auch pathologischer Fachexpertise medizinisch erforderlich. Daher wird die Facharztgruppe Pathologie in der dritten Ebene des Behandlungsteams ergänzt, für den Fall, dass die an der ASV teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Neuropathologie nicht über die hier relevante pathologische Expertise entsprechend der Weiterbildungsinhalte der jeweiligen MWBO bzw. Ausstattung und Equipment verfügen. Dies gilt insbesondere für die unter 1 Konkretisierung genannten Erkrankungen der Primären ZNS-Lymphome.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	--

288

<p>GKV-SV, KBV</p> <p><u>Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganliom-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen</u></p> <p>Die Aufnahme der FG Humangenetik wurde für die Diagnostik von Paraganliomen mit Beteiligung nervaler Strukturen geöffnet, da nach aktuellem Wissensstand diese</p>	<p>DKG</p> <p><u>Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganliom-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen</u></p> <p>Fachärztinnen oder Fachärzte für Humangenetik werden für die genetische Diagnostik bei Paraganliomen aufgenommen. Ca. 30% aller Paraganliome sind hereditär und auf eine kausale Keimbahnmutation zurückzuführen. Zur Gruppe der erblichen Erkrankungen mit Paraganliomen gehören neben der Multiplen Endokrinen Neoplasie Typ 2, dem von Hippel-Lindau-Syndrom und der Neurofibromatose Typ 1</p>
---	---

<p>die einzigen Tumoren dieser onkologischen Anlage sind, von denen eine familiäre Häufung bei genetischer Prädisposition durch Mutationen definierter Gene bekannt ist. Nur bei diesen Tumoren ist deshalb eine gezielte genetische Diagnostik mit Beratung angezeigt.</p>	<p>beispielsweise auch das Paragangliom-Syndrome Typ 1 bis Typ 5. Da Glomustumoren vergleichsweise häufig im Rahmen der hereditären Paragangliom-Syndrome auftreten können, hält der G-BA den Einbezug des Humangenetikers auch für diese seltene Tumorform für sinnvoll. In die molekulargenetische Untersuchung werden vor allem die Gene des SDH-Komplexes mit einbezogen. Mutationen im SDHB-Gen sollen darüber hinaus mit einer erhöhten Malignität verbunden sein.</p>
---	--

289

GKV-SV	DKG
<p><u>Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeut</u></p> <p>Im Gegensatz zu den übrigen Tumorgruppen wird als Fachdisziplin Psychiatrie und Psychotherapie gefordert. Bei den übrigen Tumorgruppen wurden als Alternative auch folgende weitere Fachdisziplinen zugelassen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut. Bei den übrigen Tumorgruppen war diese Auswahl sachgerecht, da es um die psychoonkologische Betreuung ging. ZNS-Tumore können mit psychiatrischen Symptomen verbunden sein, die eine spezielle Diagnostik und Behandlung, z. B. auch mit Psychopharmaka notwendig machen können. Dafür ist die Beteiligung einer Fachärztin oder eines Facharztes für</p>	<p><u>Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeut</u></p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeuten werden der dritten Ebene zugeordnet. Im Rahmen der Anlage nehmen sie die im Behandlungsumfang aufgenommene psychotherapeutische Beratung und Betreuung sowie die Information über psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote vor. Sie können somit per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden und Leistungen gemäß der Leitlinie zur Psychoonkologie erbringen. Im Rahmen von Erkrankungen mit Tumoren des Gehirns kann auch eine dem psychiatrischen Spektrum zuordenbare Symptomatik bei den betroffenen Patienten auftreten. Die erforderliche Versorgung der jeweiligen Patienten kann durch die Fachgruppe der Neurologie im Kernteam abgebildet werden, da entsprechend der MWBO der</p>

Psychiatrie und Psychotherapie im interdisziplinären Team erforderlich. Die psychoonkologische Betreuung kann auch in dieser Tumorgruppe an die anderen genannten Fachdisziplinen delegiert werden.	Bundesärztekammer diesbezüglich erforderliche Handlungskompetenzen im Rahmen des verpflichtend zu absolvierenden zwölfmonatigen Weiterbildungsabschnitts im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie erworben werden.
---	--

290

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

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

302 Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie

303 Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie wurde als Fachdisziplin nicht
 304 berücksichtigt, da Metastasen von Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven in Leber
 305 oder anderen Organen des Gastrointestinaltrakts praktisch nicht vorkommen und
 306 gastrointestinale Erkrankungen keine besondere Häufung bei dieser Tumorgruppe zeigen.

307

308 Innere Medizin und Nephrologie

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

317 2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

337

338 2.2.3.3 Dokumentation

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

342

GKV-SV, KBV, PatV

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.

DKG

[keine Aufnahme]

343

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

347 **2.2.3.4 Mindestmengen**

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

350

<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.</p> <p>Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankung Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven mitbringen müssen. Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen, wie sie in § 6 ABK-RL geregelt wurde, fest. Die dort definierte Mindestmenge von 50 je Einrichtung wurde in der ABK-RL auf Anregung von Expertinnen und Experten festgelegt. Diese Festlegung wurde aus der ABK-RL in die ASV-RL übernommen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.</p> <p>Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten</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 Abs. 1 Satz 3 SGB V umschriebenen Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen - nicht erreichbar erscheinen.</p> <p>Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne, so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und</p>
--	---

<p>Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</p>	<p>Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven entwickelt wird.</p>
---	--

351

352 **2.2.4 Überweisungserfordernis**

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

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

359 Nach

<p>GKV-SV, KBV zwei</p>	<p>DKG, PatV vier</p>
------------------------------------	----------------------------------

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

362 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

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

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

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

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

385 Grundlage für den Ziffernkranz bei Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven ist der
386 Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
387 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
388 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
389 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 31. Juli 2021 zu Änderungen des
390 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2021. Ebenfalls wird in der Präambel auf das
391 Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden
392 Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V
393 hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs
394 bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach
395 § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

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

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

405 **Abschnitt 1:**

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

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

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

420 **Die Definition der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Appendix erfolgte analog dem** 421 **Aufbau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):**

422 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

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

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

432 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

433 Arztgruppenspezifische Leistungen des Bereichs III des EBM wurden entsprechend den
 434 Vorgaben des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

462 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen
463 ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen
464 und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven in Frage kommen.

465 **Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen**

466 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

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

473 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

474 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

488 **Abschnitt 2:**

489 Das in Abschnitt 2 des Appendix benannte Verfahren ist für Erkrankungen der vorliegenden
 490 Konkretisierung derzeit nicht im EBM enthalten bzw. Bestandteil von Pauschalen.

491 **3. Bürokratiekostenermittlung**

492 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für
 493 Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche
 494 Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro.
 495 Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

496 **4. Verfahrensablauf**

497 Am 16. Dezember 2020 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV)
 498 bzw. am 7. April 2021 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des
 499 Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im
 500 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende
 501 Tabelle)

502

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
		Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
16. Dezember 2020	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
28. Januar 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
25. Februar 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs der Tragenden Gründe
24. März 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs der Tragenden Gründe
7. April 2021	AG ASV-RL-Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
20. April 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs der Tragenden Gründe
5. Mai 2021	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
18. Mai 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs der Tragenden Gründe
23. Juni 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs der Tragenden Gründe
15. Juli 2021	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
22. Juli 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs der Tragenden Gründe
5. August 2021	AG ASV-RL-Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
26. August 2021	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs der Tragenden Gründe
8. September 2021	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
T. Monat JJJ	AG ASV	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens

T. Monat JJJJ	AG ASV-RL-Appendix	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
11. November 2021	UA ASV	ggf. Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und der Anhörung, Beschlussempfehlung an das Plenum
T. Monat JJJJ	Plenum	vorauss. Beschlussfassung

503

504 **Stellungnahmeverfahren**

505 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den
506 Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten
507 Organisationen (vgl. **Anlage III**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des
508 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante
509 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Tumoren des Gehirns und der peripheren
510 Nerven Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses
511 berührt sind.

512 Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **T. Monat JJJJ** wurde das
513 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten
514 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage IV**. Die Frist für die Einreichung
515 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJJ**.

516 Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die
517 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz
518 und die Informationsfreiheit legten ihre Stellungnahmen fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor
519 (**Anlage V**). Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage V**. Sie sind mit ihrem
520 Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

521 Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **T. Monat JJJJ**
522 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ**
523 durchgeführt (**Anlage V**).

524 Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der/den
525 stellungnahmeberechtigten Organisation/Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat**
526 **JJJJ** zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl.
527 **Anlage V**).

528 **5. Fazit**

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

531 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

532 **6. Literaturverzeichnis**

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

537 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

538 Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

539 Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

540 Anlage III: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter
541 Beschlusssentwurf zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche
542 Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 b inklusive der Tragenden Gründe

543

544 Anlage IV: Stellungnahmen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die
545 Informationsfreiheit, der Bundesärztekammer, der Bundespsycho-
546 therapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer

547 Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem
548 Wortprotokoll der Anhörung

549

550 Berlin, den XX. Monat JJJJ

551 Gemeinsamer Bundesausschuss

552 gemäß § 91 SGB V

553 Der Vorsitzende

554 Prof. Hecken



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V

Datum	xx.10.2021
Stellungnahme von	Bundespsychotherapeutenkammer

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
Anlage 1b Appendix Abschnitt 1	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass in Abschnitt 1 des Appendix zur Indikation „Onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen aufgenommen wurden (EBM-Ziffern 51030, 51032, 51033). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychischen Belastungen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nach entsprechendem Auftrag durch das Kernteam zunächst eine diagnostische Abklärung der psychischen Symptomatik und Indikationsstellung erfolgen, 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 hinzuzuziehenden Fachärzt*innen statt. Bei Hinweisen auf eine hohe psychische Belastung wird die Patient*in vom Kernteam an eine Psychotherapeut*in bzw. eine entsprechend qualifizierte Fachärzt*in überwiesen, zu der gemäß den Anforderungen der ASV-Richtlinie eine strukturierte Kooperation bestehen muss. Deren Aufgabe ist es dann, eine entsprechende diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Behandlung durchzuführen. Aus diesem</p>

	<p>Grund hält es die BPTK für sinnvoll, die „Psychotherapeutische Sprechstunde“ (EBM-Ziffer 35151) in den Leistungskatalog der ASV in 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 der Patient*in 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 hinzuzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die Patient*innen und fördert eine zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen aufeinander abgestimmte und koordinierte Versorgung, wie sie ausdrückliches Ziel der ASV ist. Bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmeständen sollte sich im Rahmen der ASV eine psychotherapeutische Akutbehandlung unmittelbar anschließen können. Aus Sicht der BPTK 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 Patient*innen 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 Richtlinienpsychotherapie erforderlich macht, eine weitere psychotherapeutische Beratung und Begleitung aber indiziert sind, 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> <p>Änderungsvorschlag: Aufnahme der EBM-Ziffern 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung)</p>
--	---

Von: Anke.Virks@bfdi.bund.de im Auftrag von REFERAT13@bfdi.bund.de
An: asv@g-ba.de
Betreff: Änderung der ASV-RL: Ergänzung Anlage 1.1 a) und Anlage 1.1 c)
Datum: Freitag, 8. Oktober 2021 13:12:31
Anlagen: [signature.asc](#)

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
13-315/072#1221 & 13-315/072#1222

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Zum Beschlussentwurf über die "Änderung der ASV-RL: Ergänzung Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven" sowie zum Beschlussentwurf über eine Änderung der ASV-RL: Ergänzung Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anke Virks

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Referat 13 - Sozial- und Gesundheitswesen
Friedrichstraße 50
10117 Berlin

E-Mail Referat: Referat13@bfdi.bund.de
Telefon: +49 (0)30 18 7799-1308
Internetadresse: www.bfdi.de

Datenschutzrechtliche Erklärung des BfDI für den E-Mail-Verkehr und die Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben insgesamt: (nachstehender Link führt auf den Internetauftritt des BfDI unter www.bfdi.bund.de)

<https://www.bfdi.bund.de/datenschutz>

Hinweis:
Dies ist eine vertrauliche Nachricht und nur für den Adressaten bestimmt. Sollten Sie irrtümlich diese Nachricht erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese E-Mail.

Privacy statement of the BfDI for correspondence by email and for managing its overall public responsibility: (the following link is directing to the web presence of the BfDI at www.bfdi.bund.de)

<https://www.bfdi.bund.de/EN/Service/PrivacyStatement/PrivacyStatement-node.html>

Confidentiality notice:
This is a confidential message and it is intended only for the addressee. If you have received this message by mistake, please immediately inform the sender and destroy this email.



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 08.10.2021

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

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

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

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.10

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

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

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL):
Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns
und der peripheren Nerven**

Ihr Schreiben vom 10.09.2021

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 10.09.2021, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Ergänzung der Anlage 1.1 a)
onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7 „Tumoren des Gehirns und der peripheren
Nerven“ (ASV-RL,) 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: asv@g-ba.de
Anastasia.Classen@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
10. September 2021

Durchwahl
-142

Datum
07. Oktober 2021

**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 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der
peripheren Nerven**

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 bezüglich der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven.

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

Stand: 11.11.2021

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

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
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)	5. Oktober 2021	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	7. Oktober 2021	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	8. Oktober 2021	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird Stellungnahme
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	8. Oktober 2021	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde im schriftlichen Verfahren durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. November 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 05.10.2021			
1.1	BPtK / 05.10.2021	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Anlage 1b Appendix Abschnitt 1</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass in Abschnitt 1 des Appendix zur Indikation „Onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen aufgenommen wurden (EBM-Ziffern 51030, 51032, 51033). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychi-</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</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Tumorguppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. November 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>schen 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 erfolgen, 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 hinzuzuziehenden Fachärzt*innen statt. Bei Hinweisen auf eine hohe psychische Belastung wird die Patient*in vom Kernteam an eine Psychotherapeut*in bzw. eine entsprechend qualifizierte Fachärzt*in überwiesen, zu der gemäß den Anforderungen der ASV-Richtlinie eine strukturierte Kooperation bestehen muss. Deren 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 in Abschnitt 1 aufzunehmen.</p>	<p>Leistung des EBM, die für einen niederschweligen 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 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. November 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<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 der Patient*in 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 hinzuzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die Patient*innen 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 BPTK 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 Patient*innen als auch</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 10. November 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>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 Richtlinienpsychotherapie erforderlich macht, eine weitere psychotherapeutische Beratung und Begleitung aber indiziert sind, 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> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme der EBM-Ziffern 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung)</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V SGB V zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 10. September 2021 eingeladen bzw.im Unterausschuss ASV angehört:

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