

Tragende Gründe

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

Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische
Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

Vom 21. Dezember 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	18
4.	Verfahrensablauf.....	18
5.	Fazit	20
6.	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 (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 Richtlinienentwurf 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 Auges 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 Auges ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

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.

Einige ICD-10-Kodes werden in mehreren Anlagen aufgeführt. So können Melanome beispielsweise sowohl auf der oberflächlichen Haut als auch auf der Netzhaut des Auges auftreten, so dass unterschiedliche Expertise erforderlich sein kann.

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

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

Einige neue ICD-Kodes wurden in diese Anlage der ASV-RL aufgenommen:

C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend

C44.8 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend

C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms: Primäres Bindehaut-Lymphom

Für die Behandlung von Tumoren, welche das Auge bzw. die Augenanhangsgebilde überschreiten kann eine besondere Expertise erforderlich sein, so dass die Codes C43.8 und C44.8 ergänzt wurden. Zudem wurde der Code C85.7 aufgenommen. Dabei handelt sich um einen extrem seltenen, indolenten Tumor der Bindehaut, für dessen Behandlung ebenfalls eine besondere Expertise erforderlich sein kann.

D03.1 Melanoma in situ des Augenlides, einschließlich Kanthus

D04.1 Carcinoma in situ der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

Ein Melanoma in situ und ein Carcinoma in situ entsprechen einem Tumorstadium 0, das bedeutet das die entarteten Zellen auf eine Schicht begrenzt sind und noch nicht in das umliegende Gewebe gestreut haben. Aus einem Melanoma/ Carcinoma in situ kann sich ein invasiver Tumor entwickeln, welcher dann auch metastasieren kann, so dass die zeitnahe Einleitung einer Therapie nötig ist. Die vollständige chirurgische Entfernung ist derzeit die zentrale therapeutische Maßnahme. In seltenen Fällen z.B. aufgrund des Alters der Patientinnen und Patienten oder wenn keine Möglichkeit für eine R0 Resektion des Tumors besteht, können andere therapeutische Maßnahmen in Frage kommen, welche einer besonderen Expertise bedürfen, so dass das Melanoma in situ (D03.1) und das Carcinoma in situ (D04.1) in der Anlage zu Augentumoren ergänzt wurden. Die ICD-10-Kodes C43.1, C44.1, C49.0, C69 und C72.3 waren bereits in der ABK-RL aufgeführt

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.

Auswahl, Anpassung und Prüfung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe (z.B. Kontaktlinsen) und therapeutischen Sehhilfen

Therapeutische Sehhilfen kommen bei der Behandlung und/oder Korrektur einer Augenverletzung oder Augenerkrankung zum Einsatz. Neben Kontaktlinsen sind gemäß §17 Hilfsmittel-RL auch andere Hilfsmittel als therapeutische Sehhilfen verordnungsfähig wie z.B. bei dem Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris, Aphakie/Pseudophakie, unvollständigem Lidschluss u.a. Da solche, eine therapeutische Sehhilfe begründende Zustände auch bei Patientinnen und Patienten mit Augentumoren auftreten können, wurde die „Auswahl, Anpassung und Prüfung von therapeutischen Sehhilfen“ mit unter Behandlung in die Anlage Augentumore aufgenommen.

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

Beratung

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

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

Beratung zur sozialen Integration und risikoadaptierten Nachsorge

Beratung zur sozialen Integration und zur risikoadaptierten Nachsorge waren in der ABK-RL aufgeführt. Durch die Gliederung der ASV-Anlagen sind diese zwei Punkte bereits in den vorhandenen Beratungspunkten inkludiert, so dass auf eine explizite Nennung verzichtet wurde.

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 Behandlungsumfanges aus der ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie

Koordination der onkologischen Behandlung und die intravenös, intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische 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 (BMV-Ä)), 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.

Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)

Die Optische Kohärenz-Tomographie (OCT) dient neben der Basisbeurteilung eines Augentumors, insbesondere am hinteren Augenabschnitt, der Iris und des Kammerwinkels, auch beispielsweise der Detektion eines Makulaödems und dessen Ausdehnung im Verlauf oder auch zur Beurteilung der Größenprogredienz eines Tumors. Des Weiteren wird die OCT bei Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Orbita oder des Nervus Opticus eingesetzt. Die Befunde dienen der Therapieplanung und Steuerung, weshalb die OCT in den Behandlungsumfang dieser Anlage aufgenommen wird.

Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts

Bei Augentumorpatienten dient die Fotografie u.a. der Beurteilung der Netzhaut. Hierbei werden beispielsweise die Größe des Tumors, Blutungen, Atrophien, Pigmentierung oder auch eine mögliche Narbenbildung nach Bestrahlung beurteilt und dokumentiert, um dann gegebenenfalls die Behandlung anpassen zu können. Je nach Lokalisation (intraokulär, Augenhintergrund etc.) sind unterschiedliche Kameras und Techniken (Spaltlampenfotografie, (Weitwinkel-) Fundusfotografie) erforderlich. Es gibt hierfür keine Abbildung im EBM, so dass der G-BA eine Abschnitt-2-Leistung vorsieht.

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignen Tumoren des Auges bzw. Augenanhängsgebilde nach konventioneller Diagnostik (z.B. Ultraschall des Abdomens, CT/, MRT oder Skelettszintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

Unter den seltenen Augentumoren zählt das Aderhautmelanom zu den am häufigsten auftretenden Augentumoren, so dass sich der G-BA bei der Auswahl der Indikationen für PET/PET-CT-Untersuchungen mit F-18-Fluordesoxyglukose an den Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms orientiert hat. Ebenso umfasst dies auch PET-Untersuchungen für die sehr seltenen okulären Lymphome, so dass bei Nachweis eines systemischen Lymphombefalls zeitnah eine entsprechende Therapie eingeleitet werden kann.

PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom des Auges bzw. Augenanhangsgebildes (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit.

Auch für die selteneren Merkel-Zell- und Plattenepithelkarzinome werden PET/PET-CT-Untersuchungen ermöglicht. Die Indikation zur PET/PET-CT-Untersuchungen für die Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik soll in der Tumorkonferenz erfolgen. Wird beim Merkel-Zell-Karzinom eine Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden erwogen, kann eine PET/PET-CT-Untersuchungen mit Gallium-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden zur Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeiten durchgeführt werden.

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Augenheilkunde

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.

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Neben dem Aderhautmelanom treten Tumore im Hautbereich des Auges vergleichsweise häufig auf. Für die Behandlung der Patienten mit Tumoren im Hautbereich des Auges kann der Einbezug der besonderen Expertise der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

beispielsweise im Rahmen der Therapie erforderlich sein, so dass diese in die ASV-Anlage im Kernteam aufgenommen wurden.

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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 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 Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, teilnehmen können. Es handelt sich um eine Übergangsregelung basierend auf entsprechenden Regelungen im EBM, um die letztgenannten erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzte nicht von der ASV auszuschließen. Der Stichtag wurde erstmalig mit der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen- Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle am 20.02.2014 beschlossen, der 31. Dezember 2015 als angemessener Zeitraum erachtet, um eine Teambildung nicht zu gefährden. Mit der generellen Stichtagsregelung, die bei Teilnahme der entsprechenden Fachgruppe für alle Anlagen zur ASV-RL gilt, wird hervorgehoben, dass zukünftig die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie verpflichtende Voraussetzung sein soll.

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:

In Analogie zu den anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen wurden dem Kernteam nur die Fachdisziplinen zugeordnet, die für die Durchführung der medikamentösen, chirurgischen Therapie oder Strahlentherapie hauptverantwortlich sind, während die

zumindest überwiegend diagnostisch relevanten Fachdisziplinen sämtlich der dritten Ebene zugeordnet wurden.

Innere Medizin und Kardiologie

Insbesondere beim Einsatz von Tebentafusp beim metastasierten Aderhaut-Melanom sind kardiotoxische Nebenwirkungen bekannt. Der G-BA schließt den Kardiologen auch daher in das ASV-Team ein.

Nuklearmedizin

Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin sind in der ABK-RL im allgemeinen onkologischen Teil aufgeführt und werden bei der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren mit einbezogen, so dass die Verortung für die Ebene der Hinzuzuziehenden vorgenommen wurde.

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

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Entsprechend der ABK-Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden, ...“ wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams um die Fachgruppen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ergänzt. Diese können im ASV-Team einzeln oder gemeinsam benannt werden.

Hintergrund dieser Entscheidung war, dass die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie fachübergreifende Disziplinen sind, in denen Spezialisierung und Erfahrung eine große Rolle spielen, die je nach Schwerpunkt der Klinik sehr unterschiedlich ausfallen können. Zudem ist eine Abgrenzung der beiden Fachgebiete voneinander komplex.

Insbesondere im Bereich der Augen treffen auf engem Raum komplexe anatomische Strukturen und Aufgaben aufeinander, die je nach Schwerpunkt sowohl von Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie als auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde behandelt werden könnten. So müssen nach Musterweiterbildungsordnung 2018 (Stand: 29.06.2023) beide Facharztgruppen entsprechende chirurgische Expertise im Gesicht und Kopf-Halsbereich aufweisen, inklusive tumorchirurgischen Eingriffen und Eingriffen in der Wiederherstellungschirurgie, so dass je nach Spezialisierung ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie im interdisziplinären Team vorzusehen ist.

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

Des Weiteren wurde neben den bereits in der ABK-RL genannten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und-Therapeuten wie bereits in anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen auch die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ergänzt, um diese Fachgruppen nicht von der ASV auszuschließen.

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

Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie/ Nephrologie/ Neurologie/ Humangenetik

Fachärzte für Gefäßchirurgie, Innere Medizin und Angiologie, Nephrologie, Neurologie und Humangenetik 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, so dass die Facharztgruppen nicht aufgenommen wurden.

Die Konkretisierung der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges 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.

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

Ocularisten sind bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augenprothesen aus Glas und Kunststoff sowie teilweise mit Epithesen beteiligt, so dass sie in die Anlage zu Augentumoren integriert wurden.

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.

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

Es ist davon auszugehen, dass schwerpunktmäßig die Hämatonkologen und Dermatologen im Team die Chemotherapien übernehmen. Daher werden neben den Augenärzten beide Facharztgruppen des Kernteams für die Rufbereitschaft vorgesehen.

2.2.3.3 Dokumentation

Die Dokumentation beinhaltet die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprüfen zu können. Die Angabe des ICD-Kodes ist obligat. Zudem beinhaltet die Dokumentation den TNM-Status, sofern dies für die jeweilige Tumorentität sinnvoll ist. Mithilfe des TNM-Systems erfährt das an der Behandlung beteiligte ASV-Team bzw. die behandelnde Haus- oder Fachärztin oder der behandelnde Haus- oder Facharzt aus dem Untersuchungsbericht, wie schwer die Krebserkrankung der Patientin bzw. des Patienten ist und passt die Behandlung dem Krebsstadium an. Diese Angabe ist somit speziell im Kontext der ASV essentiell, da (ärztliche) Leistungen im Behandlungsumfang der ASV darauf aufbauen. Dazu gehören Chemotherapie, Strahlentherapie und die medikamentöse Tumorthherapie im Sinne einer regelrechten Indikationsstellung (siehe Beschluss „1 Konkretisierung der Erkrankung“).

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

3.3 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 10 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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 Tumoren des Auges 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. Als Grundlage für die Berechnung der Mindestmenge war für die ABK-Richtlinie 1‰ der 1-Jahres-Prävalenz vereinbart worden. Bei Erstellung der ABK-Richtlinie war nur klar, dass es sich um seltene Tumore handelte, genauere Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz von Augentumoren waren aber nicht verfügbar, so dass damals auf die Festlegung einer Mindestmenge verzichtet wurde. Auf der Grundlage von aktuellen Behandlungszahlen erfolgte nun eine erneute Beurteilung. Der häufigste interdisziplinär zu behandelnde Augentumor ist das Uveamelanom. Die Inzidenz in Deutschland liegt bei ca. 520 pro Jahr (6,4 pro Million) bei einer Lebenserwartung von 13,4 Jahren. Das entspricht einer 1-Jahres-Prävalenz von ca. 7.000. Rechnet man andere Augentumore dazu, z. B. Basalzellkarzinome die die Augenlider einschließen und interdisziplinär behandelt werden müssen, dürfte die 1-Jahres-Prävalenz bei ca. 10.000 liegen. Auf dieser Grundlage errechnet sich eine Mindestmenge von 10 Patienten pro Jahr. Gerade angesichts der Seltenheit der Augentumore erscheint es im Sinne der Versorgungsqualität unverzichtbar, eine Mindesteinfahrung nachweisen zu müssen. Die Mindestmenge muss durch das Kernteam nachgewiesen werden, da nur die Ärzte im Kernteam regelhaft in die Behandlung eingebunden sind.

Das Kernteam muss insgesamt mindestens 10 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

Wie auch bei den anderen onkologischen Erkrankungen in der ASV-RL ist eine arztbezogene Mindestmenge vorgesehen. Um zu gewährleisten, dass das Kernteam über eine ausreichende

allgemeine Behandlungsroutine insbesondere bei der intravenösen Chemotherapie verfügt, muss demnach mindestens eine dem Kernteam angehörende Fachärztin bzw. ein dem Kernteam angehörender Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie diese pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt nachweisen. Die Mindestmengen umfassen die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 Patientinnen und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt. Sofern die ergänzenden Mindestmengen nach Ziffer 3.4 Absatz 4 nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, sondern von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams nachgewiesen werden, sind die Mindestmengen für die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 Patientinnen und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt nachzuweisen. Nachweis-Zeitraum für die ergänzenden diagnoseunspezifischen Mindestmengen in Ziffer 3.4 Absatz 4 sind die jeweils zurückliegenden vier Quartale. Anders als die in Ziffer 3.4 verankerte Mindestmenge pro Kernteam und Jahr, die sich diagnosespezifisch auf die Behandlung von Augentumoren bezieht, schließen die ergänzenden Mindestmengen-Voraussetzungen in Ziffer 3.4 Absatz 4 alle soliden oder hämatologischen Neoplasien ungeachtet ihrer Verlaufsform mit ein.

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 in allen bisherigen onkologischen Anlagen die Feststellung einer gesicherten Tumordiagnose. Damit ist sichergestellt, dass interdisziplinäre Therapieentscheidungen innerhalb der ASV getroffen werden können. Die Tumoren der Augen gehören zu den seltenen Tumoren.

Die Überweisung kann daher auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von einem Quartal nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass Patienten mit Augentumoren häufig bereits zur Sicherung der Diagnose an ein spezialisiertes Zentrum überwiesen werden. Für die

Überführung der sehr seltenen Augentumoren in eine gesicherte Diagnose bedarf es spezieller Expertise. So erfolgen eine histologische Sicherung nur nach sehr sorgfältiger Abwägung der potenziellen Risiken einer Biopsie und nur bei spezieller Fragestellung wie beispielsweise bei Verdacht auf einen amelanotischen Tumor oder eine Netzhautablösung.

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

Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der erkrankungsspezifischen Regelungen. Dabei wurden die EBM-GOP grundsätzlich unter Berücksichtigung der entsprechenden Abrechnungsbestimmungen des EBM sowie unter besonderer Berücksichtigung der für eine Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen 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.

Gemäß der Präambel zum Appendix ist der EBM einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 Grundlage für den Ziffernkranz bei Tumoren des Auges. Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

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

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

Erstellt wurde eine Liste mit allen GOP, die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der erkrankungsspezifischen Regelungen in Frage kommen können. Im Appendix findet sich die zugrundeliegende Auflistung der GOP des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang.

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

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

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

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

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

Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

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

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

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges 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-Resonanztomographie

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

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

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

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 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 353.198 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 1.951.125 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 7. Dezember 2022 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 28. Juni 2023 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In 15 Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im

Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
9. November 2022	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.1 a) Tumoren des Auges
7. Dezember 2022	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
10. Januar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
16. Februar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
21. März 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
18. April 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
31. Mai 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
22. Juni 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Juni 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
20. Juli 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. Juli 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
22. August 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
24. August 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
13. September 2023	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
25. Oktober 2023	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
31. Oktober 2023	AG ASV	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
1. November 2023	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs

8. November 2023	UA ASV	Auswertung der schriftlichen Stellungnahme und Beschlussempfehlung an das Plenum
21. Dezember 2023	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

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

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

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum 5. Oktober 2023 vor (**Anlage 4**). Die Bundesärztekammer (BÄK) und der BfDI meldeten fristgerecht den Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme (**Anlage 4**). Die eingereichte Stellungnahme sowie die Rückmeldungen sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppensitzung am **25. Oktober 2023** und **31. Oktober 2023** vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **8. November 2023** durchgeführt (**Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **21. Dezember 2023** beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V zu ändern: Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorguppe 9: Tumoren des Auges

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

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

Berlin, den 21. Dezember 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

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 Auges 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 Tumorkranken 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 Auges) 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 79 Stunden (4.760 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	360
Beschaffung von Daten	2.030
Aufbereitung der Daten	180
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	120
Externe Sitzungen	1.920
Kopieren, Archivieren, Verteilen	45
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	90 (360 Min., jedoch bei 25% der Teams)
Insgesamt:	4.760

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 vier 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 59,70 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 299 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 20,80 Euro je Team (13 x 1,60 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 4.988 Euro (59,1 Euro x 79 + 299 Euro + 20,80 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 Landeskrankenhausesgesellschaft 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 39 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 13 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau (22,90 Euro/h) erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 14,89 Euro (22,90 Euro / 60 x 39).

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	13
Kopieren, Archivieren, Verteilen	26
Insgesamt:	39

3. Neubesetzung

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

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

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

4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 8,87 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 26,61 Euro (3 x 8,87 Euro) jährlich. Bei insgesamt 13 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 346 Euro (26,61 Euro x 13).

Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)

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

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

Gemäß § 8 Satz 7 ASV-RL informiert der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt sowie die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme und den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen

Versorgung. Es wird davon ausgegangen, dass die Information des einweisenden Vertragsarztes sowie des Patienten über den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ohnehin durch den ASV-Berechtigten erfolgen würde und insofern keine zusätzlichen Bürokratiekosten aus der genannten Regelung resultieren. Ebenso verhält es sich mit der Information des Patienten über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,15 Euro. Bei geschätzt rund 7.500 Patienten mit Tumoren des Auges, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 8.625 Euro (1,15 Euro x 7.500) 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

Die Mitglieder des Kernteams haben die Erfüllung der erforderlichen Mindestmenge in den Folgejahren zu belegen (der Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist im ersten Jahr dagegen bereits im Rahmen des Anzeigeverfahrens zu führen). Je Team müssen vier Kernteamärzte den Nachweis erbringen. Erforderlich ist hierfür hohes Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h). Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

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

Standardaktivität	Minutenwert je Kernteamarzt	Minutenwert je Kernteam
Beschaffung von Daten	10	40
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	4
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	8
Insgesamt:	13	52

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 40 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 52 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 51,22 Euro (59,1 Euro / 60 x 52).

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 finden bereits innerhalb des Anzeigeverfahrens Beachtung.

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 7.500 Patienten ergeben sich somit bezüglich der Dokumentation des TNM-Status jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 6.000 Euro (0,80 Euro x 7.500).

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 118,20 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	4.988	einmalig
Meldung nach Zulassung	14,98	einmalig
Neubesetzung	157,60	je neu zu besetzendem Mitglied
Vertretung	346	jährlich
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,15	je Patient
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	51,22	jährlich

Informationspflicht	Kosten je Team in Euro	Frequenz
TNM-Dokumentation	0,80	je Patient
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen	118,20	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 7.500 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 10 Patienten je (Kern-) Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 750 Teams ausgegangen werden ($7.500/10$). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 29 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 390 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt zu erwartenden Bürokratiekosten (Annahme: 390 Teams)

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.945.320
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	97.266
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	5.805
Meldung nach Zulassung in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	290
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; $390 \text{ Teams} \times 13 \text{ Ärzte} = 5.070$, davon 5% = 254 Ärzte)	40.030
Vertretung (jährlich)	134.913
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 7.500 Patienten)	8.625
Nachweis der Mindestmängenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	19.976
TNM-Dokumentation (bei jährlich 7.500 Patienten)	6.000
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen (jährlich)	46.098
Summe einmalige Bürokratiekosten	1.951.125
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	353.198

Insgesamt resultieren aus den aufgeführten Informationspflichten unter der Annahme von 390 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 353.198 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.951.125 Euro.



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

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



1 **Beschlussentwurf**

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
3 Änderung der Richtlinie ambulante
4 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:
5 Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a
6 onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9:
7 Tumoren des Auges

9 **Stand: 14.09.2023**

10 **Legende**

11 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

13

14 Vom 21. Dezember 2023

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

22 I. Der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen wird folgende Tumorgruppe 9
23 angefügt:

24 **„Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges**

25 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

26 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
27 mit Tumoren des Auges ab dem vollendeten 18. Lebensjahr,

GKV-SV, KBV, PatV

bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder
neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische
medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer

DKG

[keine Aufnahme]

interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.	
---	--

28 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges im Sinne der Richtlinie
29 zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- 30 C43.1 Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus
31 C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
32 C44.8 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
33 C44.1 Bösartige Neubildung der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus
34 C49.0 Bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Kopfes,
35 des Gesichtes und des Halses
36 Bindegewebe: Augenlid, Ohr
37 C69.- Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
38 C72.3 Bösartige Neubildung des Nervus opticus [II. Hirnnerv]
39 C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms:
40 Primäres Bindehaut-Lymphom
41 D03.1 Melanoma in situ des Augenlides, einschließlich Kanthus
42 D04.1 Carcinoma in situ der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

43 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

45 **Diagnostik**

- 46 – Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG-Untersuchungen)
47 – Anamnese
48 – Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Ophthalmoskopie, binokulare
49 Untersuchung des (gesamten) Augenhintergrundes in Mydriasis, Schirmertest,
50 Augeninnendruckmessung, Prüfung der Tränenwege, Sehtests (Visusprüfung u.a.),
51 Gonioskopie, Spaltlampenmikroskopie, Perimetrie)
52 – bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer
53 Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen,
54 Fluoreszenzangiographie des Auges)
55 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
56 – körperliche Untersuchung
57 – Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen)
58 – Punktionen, Biopsien
59 – Tumorstaging
60

61 **Behandlung**

- 62 – Auswahl, Anpassung und Prüfung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe
- 63 (z.B. Kontaktlinsen) und therapeutischen Sehhilfen
- 64 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 65 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 66 Eingriffen
- 67 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 68 – Behandlung in Notfallsituationen
- 69 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 70 Behandlungsfolgen
- 71 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 72 – Einleitung einer Rehabilitation
- 73 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 74 – Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 75 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 76 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 77 – Schmerztherapie
- 78 – Strahlentherapie
- 79 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 80 – Transfusionen
- 81 – Wundversorgung

82 **Beratung**

- 83 – zu Diagnostik und Behandlung
- 84 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch, insbesondere Sehhilfen,
- 85 Blindenhilfsmitteln und Prothesen
- 86 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 87 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 88 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 89 – zu Rehabilitationsangeboten
- 90 – zu Sexualität und Familienplanung
- 91 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 92 – zur Ernährung

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

- 95 – Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)
- 96 – Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts
- 97 – PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignen Tumoren des Auges bzw. der
- 98 Augenanhangsgebilde nach konventioneller Diagnostik (z.B. Ultraschall des Abdomens,
- 99 CT, MRT oder Skelettszintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ
- 100 intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

- 101 – PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Merkel-Zell-
102 Karzinom des Auges bzw. der Augenanhangsgebilde vor geplanter nuklearmedizinischer
103 Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des
104 Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen
105 Therapiemöglichkeit
- 106 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
107 Patienten mit Tumoren des Auges unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der
108 Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 109 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
110 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
111 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 112 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
113 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
114 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
115 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
116 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
117 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum
118 Beispiel Hospize, SAPV)
- 119 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
120 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
121 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
122 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder
123 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 124 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der
125 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 126 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu
127 beachten.

128 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

129 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

132 **a) Teamleitung**

- 133 – Augenheilkunde

134 **b) Kernteam**

- 135 – Augenheilkunde
136 – Haut- und Geschlechtskrankheiten
137 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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

145 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 146 – Anästhesiologie

GKV-SV, PatV

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

KBV, DKG

[hier keine Aufnahme]

147

- 148 – Innere Medizin und Kardiologie

- 149 – Laboratoriumsmedizin

GKV-SV, PatV

- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

DKG, KBV

[hier keine Aufnahme]

- 150 – Nuklearmedizin

- 151 – Pathologie

- 152 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 153 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
 154 Ärztlicher Psychotherapeut

- 155 – Radiologie

DKG, KBV

Für die Hinzuziehenden sind folgende Fachärztinnen oder
 Fachärzte einzeln oder gemeinsam zu benennen:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 – Mund Kiefer-Gesichtschirurgie

GKV-SV, PatV

[hier keine Aufnahme]

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

158 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

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

- 168 – Ocularist
- 169 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 170 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer
171 bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 172 – Augenheilkunde
- 173 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 174 – Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 175 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
176 erforderliche bildgebende Diagnostik.
- 177 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte
178 Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen
179 einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende
180 Erfahrung vorzuweisen.
- 181 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer
182 onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder
183 Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des
184 Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen,
185 mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon
186 sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die
187 Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- 188 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen
189 Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- 190 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 191 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und
192 transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende
193 und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 194 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten
195 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 196 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten
197 Wirkstoffe erfolgt,
- 198 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen
199 intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum

- 200 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten
 201 werden,
- 202 k) eine Mikrobiologie,
- 203 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
 204 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen
 205 und Patienten bereitgehalten werden,
- 206 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 207 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 208 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
 209 Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der
 210 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur
 211 Verfügung gestellt wird,
- 212 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den
 213 Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

214 **3.3 Dokumentation**

215 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
 216 Diagnosesicherheit

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

217), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des
 218 Behandlungstages sind zu dokumentieren.

219 **3.4 Mindestmengen**

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Das Kernteam muss mindestens 10 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich</p>	<p>DKG [keine Aufnahme]</p>
---	---

<p>120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.</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 besonderen 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>	
---	--

220 **4 Überweisungserfordernis**

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

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

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

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
Die Überweisung kann auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss	Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2

innerhalb von einem Quartal in eine gesicherte Diagnose überführt werden.	SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
---	--

227 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

228 **Präambel**

229 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
 230 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
 231 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
 232 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
 233 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
 234 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
 235 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des
 236 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023.

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

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

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

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

251

Appendix „Tumoren des Auges“

252 **Legende**

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

253 *[Appendix ‚Tumoren des Auges‘ mit Abschnitt 1 und Abschnitt 2 gemäß Anlage 2 der*
254 *Beratungsunterlagen hier einfügen]*“

255

256 II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in
257 Kraft.

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

260 Berlin, den 21. Dezember 2023

261 Gemeinsamer Bundesausschuss
262 gemäß § 91 SGB V
263 Der Vorsitzende

264 Prof. Hecken

Appendix des Beschlussentwurfs Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges mit
- Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 4. Quartal 2023)
- Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

14.09.2023

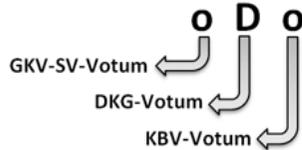
Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

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

Beispiel: o D o



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 Bänke entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) für die Entscheidung im Plenum abgebildet.
Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte											
						Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichtschiirurgie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
						Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie				
VIII	61	61.6.2	Spezifische Leistungen	61083	Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.6.2	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
VIII	61	61.6.2	Spezifische Leistungen	61084	Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen im Zusammenhang mit Leistungen aus Abschnitt 61.6.2	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
VIII	61	61.7.2	Spezifische Leistungen	61090	Voruntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
VIII	61	61.7.2	Spezifische Leistungen	61091	Nachuntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
VIII	61	61.7.2	Spezifische Leistungen	61092	Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.7.2	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000

*Ersetzend für die GOP 13491 und 13492 können Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung onkologischer Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 13211 und 13212 erbringen.



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 – Buchstabe a onkologische
6 Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

7 **Stand 14.09.2023**

8 **Legende:**

9 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

11 **Kursiv:** redaktionelle Hinweise zum Vorgehen

12

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

16

17 Vom 21. Dezember 2023

18 Inhalt

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

26

27 **1. Rechtsgrundlage**

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

33 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

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

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

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

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

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

55 **2.1 Aufbau**

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

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

75 **2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:**

76 **2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung**

77 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
78 mit Tumoren des Auges ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

79 Sie bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen. Voraussetzungen für die
80 Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in einer eigenen erkrankungsspezifischen
81 Regelung festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten
82 zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen werden soll.

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. 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>DKG</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

83 Einige ICD-10-Kodes werden in mehreren Anlagen aufgeführt. So können Melanome
84 beispielsweise sowohl auf der oberflächlichen Haut als auch auf der Netzhaut des Auges
85 auftreten, so dass unterschiedliche Expertise erforderlich sein kann.

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

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

89 Einige neue ICD-Kodes wurden in diese Anlage der ASV-RL aufgenommen:

90 Die ICD-10-Kodes C43.1, C44.1, C49.0, C69 und C72.3 waren bereits in der ABK-RL aufgeführt.

91 C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend

92 C44.8 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend

93 C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms: Primäres Bindehaut-
94 Lymphom

95 Für die Behandlung von Tumoren, welche das Auge bzw. die Augenanhangsgebilde
96 überschreiten kann eine besondere Expertise erforderlich sein, so dass die Codes C43.8 und
97 C44.8 ergänzt wurden. Zudem wurde der Code C85.7 aufgenommen. Dabei handelt sich um
98 einen extrem seltenen, indolenten Tumor der Bindehaut, für deren Behandlung ebenfalls eine
99 besondere Expertise erforderlich sein kann.

100 D03.1 Melanoma in situ des Augenlides, einschließlich Kanthus

101 D04.1 Carcinoma in situ der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

102 Ein Melanoma in situ und ein Carcinoma in situ entsprechen einem Tumorstadium 0, das
103 bedeutet das die entarteten Zellen auf eine Schicht begrenzt sind und noch nicht in das
104 umliegende Gewebe gestreut haben. Aus einem Melanoma/ Carcinoma in situ kann sich ein
105 invasiver Tumor entwickeln, welcher dann auch metastasieren kann, so dass die zeitnahe
106 Einleitung einer Therapie nötig ist. Die vollständige chirurgische Entfernung ist derzeit die
107 zentrale therapeutische Maßnahme. In seltenen Fällen z.B. aufgrund des Alters der
108 Patientinnen und Patienten oder wenn keine Möglichkeit für eine R0 Resektion des Tumors
109 besteht, können andere therapeutische Maßnahmen in Frage kommen, welche einer
110 besonderen Expertise bedürfen, so dass das Melanoma in situ (D03.1) und das Carcinoma in
111 situ (D04.1) in der Anlage zu Augentumoren ergänzt wurden.

112 **2.2.2 Behandlungsumfang**

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

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

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

125 **Diagnostik**

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

128 **Behandlung**

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

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

140 Auswahl, Anpassung und Prüfung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe 141 (z.B. Kontaktlinsen) und therapeutischen Sehhilfen

142 Therapeutische Sehhilfen kommen bei der Behandlung und/oder Korrektur einer
143 Augenverletzung oder Augenerkrankung zum Einsatz. Neben Kontaktlinsen sind gemäß §17
144 Hilfsmittel-RL auch andere Hilfsmittel als therapeutische Sehhilfen ordnungsfähig wie z.B.
145 bei dem Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris, Aphakie/Pseudophakie,
146 unvollständigem Lidschluss u.a. Da solche, eine therapeutische Sehhilfe begründende
147 Zustände auch bei Patientinnen und Patienten mit Augentumoren auftreten können, wurde
148 die „Auswahl, Anpassung und Prüfung von therapeutischen Sehhilfen“ mit unter Behandlung
149 in die Anlage Augentumore aufgenommen.

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

152 **Beratung**

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

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

160 *Beratung zur sozialen Integration und risikoadaptierten Nachsorge*

161 Beratung zur sozialen Integration und zur risikoadaptierten Nachsorge waren in der ABK-RL
162 aufgeführt. Durch die Gliederung der ASV-Anlagen sind diese zwei Punkte bereits in den
163 vorhandenen Beratungspunkten inkludiert, so dass auf eine explizite Nennung verzichtet
164 wurde.

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

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

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

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

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

180 Der mögliche Leistungsumfang der ASV ist nicht auf den des EBM beschränkt. Vielmehr
181 können Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfanges der
182 ASV sein, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die
183 Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Mit der Benennung

184 von „Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM“ sind, folgt der G-BA an dieser Stelle
185 diesen Gestaltungsmöglichkeiten.

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

204 Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)

205 Die Optische Kohärenz-Tomographie (OCT) dient neben der Basisbeurteilung eines
206 Augentumors, insbesondere am hinteren Augenabschnitt, der Iris und des Kammerwinkels,
207 auch beispielsweise der Detektion eines Makulaödems und dessen Ausdehnung im Verlauf
208 oder auch zur Beurteilung der Größenprogredienz eines Tumors. Des Weiteren wird die OCT
209 bei Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Orbita oder des Nervus Opticus eingesetzt.
210 Die Befunde dienen der Therapieplanung und Steuerung, weshalb die OCT in den
211 Behandlungsumfang dieser Anlage aufgenommen wird.

212 Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts

213 Bei Augentumorpatienten dient die Fotografie u.a. der Beurteilung der Netzhaut. Hierbei
214 werden beispielsweise die Größe des Tumors, Blutungen, Atrophien, Pigmentierung oder auch
215 eine mögliche Narbenbildung nach Bestrahlung beurteilt und dokumentiert, um dann
216 gegebenenfalls die Behandlung anpassen zu können. Je nach Lokalisation (intraokulär,
217 Augenhintergrund etc.) sind unterschiedliche Kameras und Techniken (Spaltlampenfotografie,
218 (Weitwinkel-) Fundusfotografie) erforderlich. Es gibt hierfür keine Abbildung im EBM, so dass
219 der G-BA eine Abschnitt-2-Leistung vorsieht.

220 PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignen Tumoren des Auges bzw.
 221 Augenanhangsgebilde nach konventioneller Diagnostik (z.B. Ultraschall des Abdomens, CT/,
 222 MRT oder Skelettszintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten
 223 Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

224 Unter den seltenen Augentumoren zählt das Aderhautmelanom zu den am häufigsten
 225 auftretenden Augentumoren, so dass sich der G-BA bei der Auswahl der Indikationen für
 226 PET/PET-CT-Untersuchungen mit F-18-Fluorodesoxyglukose an den Empfehlungen der S3-
 227 Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms orientiert hat. Ebenso umfasst
 228 dies auch PET-Untersuchungen für die sehr seltenen okulären Lymphome, so dass bei
 229 Nachweis eines systemischen Lymphombefalls zeitnah eine entsprechende Therapie
 230 eingeleitet werden kann.

231 PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom des Auges bzw. Augenanhangsgebildes (mit Ga-68-
 232 markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit
 233 radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-
 234 Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit.

235 Auch für die selteneren Merkel-Zell- und Plattenepithelkarzinome werden PET/PET-CT-
 236 Untersuchungen ermöglicht. Die Indikation zur PET/PET-CT-Untersuchungen für die
 237 Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
 238 soll in der Tumorkonferenz erfolgen. Wird beim Merkel-Zell-Karzinom eine Therapie mit
 239 radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden erwogen, kann eine PET/PET-CT-
 240 Untersuchungen mit Gallium-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden zur Beurteilung
 241 der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeiten durchgeführt werden.

242 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

243 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

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

247 **a) Teamleitung**

248 – Augenheilkunde

249 **b) Kernteam**

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

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

265 Haut- und Geschlechtskrankheiten

266 Neben dem Aderhautmelanom treten Tumore im Hautbereich des Auges vergleichsweise
267 häufig auf. Für die Behandlung der Patienten mit Tumoren im Hautbereich des Auges kann
268 der Einbezug der besonderen Expertise der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
269 beispielsweise im Rahmen der Therapie erforderlich sein, so dass diese in die ASV-Anlage im
270 Kernteam aufgenommen wurden.

271 Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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

289

290

291 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

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

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

299 Innere Medizin und Kardiologie

300 Insbesondere beim Einsatz von Tebentafusp (Kimmtrak®) beim metastasierten Aderhaut-
 301 Melanom sind kardiotoxische Nebenwirkungen bekannt. Der G-BA schließt den Kardiologen
 302 auch daher in das ASV-Team ein.

303 Nuklearmedizin

304 Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin sind in der ABK-RL im allgemeinen
 305 onkologischen Teil aufgeführt und werden bei der Diagnostik und Behandlung von Patienten
 306 mit Augentumoren mit einbezogen, so dass die Verortung für die Ebene der Hinzuzuziehenden
 307 vorgenommen wurde.

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

310

<p>GKV-SV, PatV <u>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</u></p> <p>Die Fachgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde wurde ergänzt, da bei periokularen und orbitalen Neoplasien in Abhängigkeit von der Lokalisation diese operative Fachdisziplin einzubinden ist. Dies betrifft die Behandlungsplanung und das Auftreten von Komplikationen.</p>	<p>DKG, KBV <i>[hier keine Aufnahme]</i></p>
---	--

<p>GKV-SV, PatV <u>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</u></p> <p>Eine der häufigsten Indikationen zur Operation von Augentumoren sind Basalzellkarzinome, die die Augenlider aber häufig auch noch mehr oder weniger große Anteile von Stirn und Wange einschließen. Die Operation von Tumoren des Gesichts ist die Domäne der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Es ist die einzige Fachdisziplin bei der laut Musterweiterbildungsordnung (aktuell</p>	<p>DKG, KBV <i>[hier keine Aufnahme]</i></p>
--	--

<p>gültige Version 2018, Seite 206) eine Mindest Erfahrung bei der Resektion von Tumoren des Gesichts (mindestens 30 Operationen) nachgewiesen werden muss. Diese Operationen sind sehr anspruchsvoll, da die Tumore nach Möglichkeit komplett reseziert werden sollen (Ziel ist eine R0-Resektion), andererseits aber unnötig mutilierende und damit entstellende Eingriffe im Gesicht vermieden werden sollen. Bei Planung und ggf. auch Durchführung von Operationen von Tumoren im Gesicht ist deshalb die Beteiligung der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im interdisziplinären Team notwendig.</p>	
---	--

<p>GKV-SV, PatV [hier keine Aufnahme]</p>	<p>DKG, KBV <u>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund Kiefer-Gesichtschirurgie</u></p> <p>Entsprechend der ABK- Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden,...“ wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams um die Fachgruppen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund Kiefer-Gesichtschirurgie ergänzt. Diese können im ASV-Team einzeln oder gemeinsam benannt werden.</p> <p>Hintergrund dieser Entscheidung war, dass die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie fachübergreifende Disziplinen sind, in denen Spezialisierung und Erfahrung eine große Rolle spielen, die je nach Schwerpunkt der Klinik sehr unterschiedlich ausfallen können. Zudem ist eine Abgrenzung der beiden Fachgebiete voneinander komplex.</p> <p>Insbesondere im Bereich der Augen treffen auf engem Raum komplexe anatomische Strukturen und Aufgaben aufeinander, die je nach Schwerpunkt sowohl von Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie als auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde behandelt werden könnten. So müssen nach Musterweiterbildungsordnung 2018 (Stand: 29.06.2023) beide Facharztgruppen entsprechende chirurgische Expertise im Gesicht und Kopf-Halsbereich aufweisen,</p>
--	--

	inklusive tumorchirurgischen Eingriffen und Eingriffen in der Wiederherstellungschirurgie, so dass je nach Spezialisierung ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie im interdisziplinären Team vorzusehen ist.
--	---

313 Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 314 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
 315 Psychotherapeut

316 Des Weiteren wurde die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und
 317 Psychotherapie ergänzt um die Fachgruppe Psychotherapie sowie psychologische oder
 318 ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, um diese
 319 Fachgruppen nicht von der ASV auszuschließen.

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

322 Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie/ Nephrologie/ Neurologie/ Humangenetik

323 Fachärzte für Gefäßchirurgie, Innere Medizin und Angiologie, Nephrologie, Neurologie und
 324 Humangenetik sind in der ABK-RL im allgemeinen onkologischen Teil aufgeführt und werden
 325 nur bei medizinischer Notwendigkeit in die Behandlung einbezogen, welche im Rahmen dieser
 326 Anlage nicht regelhaft gesehen wird, so dass die Facharztgruppen nicht aufgenommen
 327 wurden.

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

336 **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

339 Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet
 340 werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a.
 341 eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren
 342 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem
 343 Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu psycho-sozialen und psycho-
 344 onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)“. Dies

345 gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie
 346 entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf
 347 indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der
 348 Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapierelevanten Informationsaustausch
 349 ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch
 350 nicht eingeschränkt.

351 Ocularisten sind bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augenprothesen aus
 352 Glas und Kunststoff sowie teilweise mit Epithesen beteiligt, so dass sie in die Anlage zu
 353 Augentumoren integriert wurden.

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

- 359 – Augenheilkunde
- 360 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 361 – Haut- und Geschlechtskrankheiten

362 Es ist davon auszugehen, dass schwerpunktmäßig die Hämatoonkologen und Dermatologen
 363 im Team die Chemotherapien übernehmen. Daher werden neben den Augenärzten beide
 364 Facharztgruppen des Kernteams für die Rufbereitschaft vorgesehen.

365 **2.2.3.3 Dokumentation**

366 Die Dokumentation beinhaltet dementsprechend die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das
 367 Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprüfen
 368 zu können. Die Angabe des ICD-Kodes ist obligat.
 369

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>Zudem beinhaltet die Dokumentation den TNM-Status, sofern dies für die jeweilige Tumorentität sinnvoll ist. Mithilfe des TNM-Systems erfährt das an der Behandlung beteiligte ASV-Team bzw. die behandelnde Haus- oder Fachärztin oder der behandelnde Haus- oder Facharzt aus dem Untersuchungsbericht, wie schwer die Krebserkrankung der Patientin bzw. des Patienten ist und passt die Behandlung dem Krebsstadium an. Diese Angabe ist somit speziell im Kontext der ASV essentiell, da (ärztliche) Leistungen im Behandlungsumfang der ASV darauf aufbauen. Dazu gehören Chemotherapie, Strahlentherapie und die medikamentöse</p>	<p>DKG</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

Tumorthherapie im Sinne einer regelrechten Indikationsstellung (siehe Beschluss „1 Konkretisierung der Erkrankung“)	
---	--

370

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

374

375 3.3 Mindestmengen

GKV-SV, KBV, PatV

Das Kernteam muss mindestens 10 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

[...]

DKG

[keine Aufnahme]

GKV-SV, KBV, PatV

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 Tumoren des Auges 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. Als der 1-Jahres-Prävalenz vereinbart worden.

DKG

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.

Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patientinnen und

Bei Erstellung der ABK-Richtlinie war nur klar, dass es sich um seltene Tumore handelte, genauere Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz von Augentumoren waren aber nicht verfügbar, so dass damals auf die Festlegung einer Mindestmenge verzichtet wurde. Auf Anfrage hat das UK Essen jetzt Zahlen zur Verfügung stellen können. Der häufigste interdisziplinär zu behandelnde Augentumor ist das Uveamelanom. Die Inzidenz in Deutschland liegt bei ca. 520 pro Jahr (6,4 pro Million) bei einer Lebenserwartung von 13,4 Jahren. Das entspricht einer 1-Jahres-Prävalenz von ca. 7.000. Rechnet man andere Augentumore dazu, z. B. Basalzellkarzinome die die Augenlider einschließen und interdisziplinär behandelt werden müssen, dürfte die 1-Jahres-Prävalenz bei ca. 10.000 liegen. Auf dieser Grundlage errechnet sich eine Mindestmenge von 10 Patienten pro Jahr. Gerade angesichts der Seltenheit der Augentumore erscheint es im Sinne der Versorgungsqualität unverzichtbar, eine Mindest erfahrung nachweisen zu müssen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.

Das Kernteam muss mindestens 10 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den

Patienten mit Tumoren des Auges durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne, so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.

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 Auges entwickelt wird. Zudem war aufgrund der Seltenheit bereits in der ABK-RL keine Mindestmengen festgelegt worden.

<p>Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.</p> <p>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>	
---	--

377

378 2.2.4 Überweisungserfordernis

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

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

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
<p>Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von einem Quartal nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass Patienten mit Augentumoren häufig bereits zur Sicherung der Diagnose an ein spezialisiertes Zentrum überwiesen werden. Für die Überführung der sehr seltenen Augentumoren in eine gesicherte erfolgen eine histologische Sicherung nur</p>	<p>Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. "Gesicherte Diagnose" als Voraussetzung für den Einschluss in die ASV bedeutet nicht, dass die Tumordiagnose in jedem Fall durch eine histopathologische Diagnose gesichert sein muss. Dies gilt insbesondere bei Augentumoren. Der häufigste maligne Augentumor im Erwachsenenalter, das Uveamelanom wird typischerweise durch Spiegelung des Augenhintergrundes diagnostiziert. Ergänzt wird die Diagnostik</p>

<p>nach sehr sorgfältiger Abwägung der potenziellen Risiken einer Biopsie und nur bei spezieller Fragestellung wie beispielsweise bei Verdacht auf einen amelanotischen Tumor oder eine Netzhautablösung.</p>	<p>durch eine Ultraschalluntersuchung des Auges und eine Magnetresonanztomographie (MRT) (https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/weitere-krebsarten/aderhautmelanom-uveales-melanom/articles/onko-internetportal-basis-informationen-krebs-krebsarten-weitere-krebsarten-aderhautmelanom-uveales-melanom.html, 13.06.2023). Sollte sich eine Verdachtsdiagnose eines malignen Tumors bei Vorstellung in einem entsprechend spezialisierten Zentrum nicht bestätigen, ist ein Einschluss in die ASV nicht zu begründen, da die Patientin oder der Patient einer hoch spezialisierten, interdisziplinären onkologischen Versorgungsstruktur, wie das ASV-Team Augentumore sie bietet, nicht bedarf.</p>
---	---

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

386

387 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

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

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

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

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

410 Grundlage für den Ziffernkranz bei Tumoren des Auges ist der Einheitliche
411 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
412 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
413 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
414 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des
415 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023. Ebenfalls wird in der Präambel auf das
416 Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden
417 Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V
418 hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs
419 bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach
420 § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

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

430 **Abschnitt 1:**431 **Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:**

432 Erstellt wurde eine Liste mit allen Gebührenordnungspositionen (GOP), die im Zusammenhang
433 mit dem Krankheitsbild der erkrankungsspezifischen Regelungen in Frage kommen können.
434 Im Appendix findet sich die zugrundeliegende Auflistung der GOP des EBM sowie der
435 Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw.
436 Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang.

437 Durch den Einschluss der relevanten GOP soll – insbesondere im Zusammenhang mit einer
438 spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder – eine
439 umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte Wechsel
440 zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

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

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

447 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

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

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

457 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

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

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

464 Die Versicherten- und Grundpauschalen des EBM enthalten die allgemeinen und
465 fachspezifischen Leistungsbestandteile des jeweiligen Fachgebiets zur haus- und

466 fachärztlichen Versorgung für einen durchschnittlichen Behandlungsfall im Kollektivvertrag.
467 Im Rahmen der ASV erfolgte die Zuordnung der Versicherten- und Grundpauschalen, um
468 behandlungsrelevante allgemeine Leistungen, wie z.B. Anamnese, EKG, Blutabnahme
469 abzubilden, die im Zusammenhang mit den spezifischen Leistungen erforderlich, jedoch im
470 EBM nicht als Einzelleistungen aufgeführt sind.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

490 **Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen**

491 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

498 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

499 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

513 **Abschnitt 2:**

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

516 **3. Bürokratiekostenermittlung**

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

521 **4. Verfahrensablauf**

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

527

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

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

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

528 (Tabelle Verfahrensablauf)

529

530 **Stellungnahmeverfahren**

531 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den
532 Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten
533 Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des
534 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante
535 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Tumoren des Auges) Stellung zu nehmen,
536 soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

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

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

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

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

553 **5. Fazit**

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

556 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

557 **6. Literaturverzeichnis**

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

562 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

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

566 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

567 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

568 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter
569 Beschlussentwurf über eine Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte
570 Tragende Gründe

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

576 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem
577 Wortprotokoll der Anhörung

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

582

583 Berlin, den 21. Dezember 2023

584 Gemeinsamer Bundesausschuss
585 gemäß § 91 SGB V
586 Der Vorsitzende

587 Prof. Hecken

588



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V

Datum	05.10.2023
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 „Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges“ die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen aufgenommen wurden (EBM Ziffern 51030, 51032). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychischen Belastungen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nach entsprechendem Auftrag durch das Kernteam zunächst eine diagnostische Abklärung der psychischen Symptomatik und Indikationsstellung 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 hinzuziehenden 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 im Abschnitt 1 aufzunehmen.</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. Die Erbringung dieser Leistungen im Rahmen der ASV sichert aufgrund der strukturierten Zusammenarbeit, die zwischen Kernteam und hinzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die 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.

Sollte sich im Rahmen der Sprechstunde herausstellen, dass keine krankheitswertige psychische Störung vorliegt – die eine umfassende psychotherapeutische Behandlung im Sinne der Richtlinien-therapie erforderlich macht – eine weitere psychotherapeutische Beratung und Begleitung aber indiziert sind, dann sollten 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.

Änderungsvorschlag:

Aufnahme der EBM Ziffern 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung)



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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 05.10.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1343

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

BETREFF **Änderung ASV-RL: Ergänzung Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9 Tumoren des Auges**

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

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

Zum im Betreff genannten Beschlussentwurf über eine Änderung der ASV-RL: Ergänzung Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9 Tumoren des Auges - gebe ich aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

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



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 12.10.2023

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

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

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

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

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

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Ergänzung der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges**

Ihr Schreiben vom 14.09.2023

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 14.09.2023, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Ergänzung der Anlage
1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges“ (ASV-RL) gegeben wird.

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

Mit freundlichen Grüßen

gez.

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



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

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 1.1a) – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

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

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 25. Oktober 2023 (AG ASV-RL Appendix) und am 31. Oktober 2023 (AG ASV) vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 8. November 2023 durchgeführt.

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 1.1a) – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. November 2023)
1.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 05.10.2023	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass in Abschnitt 1 des Appendix zur Indikation „Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges“ die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen aufgenommen wurden (EBM Ziffern 51030, 51032). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychischen Belastungen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nach entsprechendem Auftrag durch das Kernteam zunächst eine diagnostische Abklärung der psychischen Symptomatik und Indikationsstellung 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 hinzuziehenden Fachärzt*innen statt. Bei Hinweisen auf eine hohe psychische Belastung wird die Patient*in vom Kernteam an eine Psychotherapeut*in bzw. eine entsprechend</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 auch im Sinne einer Richtlinien-Psychotherapie erfolgen soll. Für die ASV hat der G-BA geregelt, dass bei bestehender Notwendigkeit dem Patienten ein zeitgerechter Zugang zur psychotherapeutischen Betreuung durch das ASV-Team strukturell gewährleistet wird. Daher ist für die ASV die Aufnahme dieser Leistung in den Behandlungsumfang nicht erforderlich.</p> <p>Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist eine Leistung des EBM, die für einen niederschweligen Zugang zur vertragsärztlichen 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</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 1.1a) – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. November 2023)
		<p>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 im Abschnitt 1 aufzunehmen.</p> <p>Die Leistungen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ dienen der</p> <p>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. Die Erbringung dieser Leistungen im Rahmen der ASV sichert aufgrund der strukturierten Zusammenarbeit, die zwischen Kernteam und hinzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die 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 Aus-</p>	<p>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 1.1a) – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. November 2023)
		<p>nahmezuständen 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 sollten auch diese, wie in dem Beschlussentwurf vorgeschlagen, im Rahmen der ASV erfolgen. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie sollte entsprechend auf die Behandlungsangebote außerhalb der ASV verwiesen werden.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V(ASV-RL): Ergänzung der Anlage 1.1a) – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. November 2023)
		Änderungsvorschlag: Aufnahme der EBM Ziffern 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung)	

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 14. September 2023 eingeladen bzw.im Unterausschuss ASV angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)	nein	nein