

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anpassung an das GKV-VSG und weitere Ände- rungen

Vom 17. Dezember 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt geändert am 18. Juni 2015 (BAnz AT 02.09.2015 B 5), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für

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

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen und schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf“ durch die Wörter „in den Anlagen 1.1, 1.2 und 2 genannten Diagnosen“ ersetzt.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 4 wird das Wort „erbringen“ durch das Wort „anbieten“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„In den indikationsspezifischen Anlagen kann geregelt werden, dass neben den Fachärztinnen und Fachärzten mit spezialisierter Facharztkompetenz auch Fachärztinnen und Fachärzte, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung

für die Leistungserbringung in dem entsprechenden Fachgebiet seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, zur Teilnahme an der ASV berechtigt sind.“

c) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gilt: Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.“

4. § 4 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.“

5. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.1 sowie von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.2 setzt eine Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus.“

b) Dem § 8 wird folgender Satz angefügt:

„In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlage 1.1 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen.“

6. In § 10 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 wird jeweils die Angabe „Anlage 1“ durch die Angabe „Anlage 1.1“ ersetzt.

7. § 12 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.“

8. Dem § 13 werden folgende Sätze angefügt:

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

9. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „einschließlich der Kriterien des schweren Verlaufs“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrecht-

lichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.“

10. Die Überschrift der Anlage 1 „Anlage 1 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ wird wie folgt gefasst: „**Anlage 1.1** Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“
11. In der Anlage 1.1 „Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ wird Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle wie folgt geändert:
  - a) Ziffer 1 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ wird wie folgt gefasst:

#### **„1 Konkretisierung der Erkrankung“**

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

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

- C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus
- C16.- Bösartige Neubildung des Magens
- C17.- Bösartige Neubildung des Dünndarmes
- C18.0 Bösartige Neubildung: Zäkum
- C18.1 Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
- C18.2 Bösartige Neubildung: Colon ascendens
- C18.3 Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
- C18.4 Bösartige Neubildung: Colon transversum
- C18.5 Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
- C18.6 Bösartige Neubildung: Colon descendens
- C18.7 Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
- C18.8 Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
- C18.9 Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
- C19.- Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
- C20.- Bösartige Neubildung des Rektums
- C21.- Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
- C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
- C23.- Bösartige Neubildung der Gallenblase
- C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
- C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas
- C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet

- C26.1 Bösartige Neubildung:
- C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
- C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Abdomens
- C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C48.1 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
- C48.2 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
- C48.8 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
- C49.4 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
- C49.5 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse
- C74.- Bösartige Neubildung der Nebenniere
- C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse
- C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
- C76.2 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
- C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

b) Ziffer 2 „2 Behandlungsumfang“ wird wie folgt geändert:

- aa) Unter der Zwischenüberschrift „Behandlung“ wird nach dem Gliederungsstrich „- Physikalische Therapie“ der Gliederungsstrich „- Tumorkonferenzen“ eingefügt.
- bb) Der Gliederungsstrich vor den Wörtern „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind:“ wird gestrichen.
- cc) Der bisherige Gliederungsstrich „- PET/PET-CT“ mit seinen Untergliederungen wird wie folgt gefasst:

„- PET; PET/CT

- o Bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen
- o Bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie
- o Bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
  - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
  - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.“

dd) Der bisherige Gliederungsstrich „- Tumorkonferenzen“ wird gestrichen.

c) Ziffer 3.1 „3.1 Personelle Anforderungen“ wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt“ durch die Wörter „interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL“ ersetzt.

bb) In Buchstabe b werden nach dem letzten Spiegelstrich folgende Sätze angefügt:

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

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

cc) Der Satz „Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.“ wird gestrichen.

d) Ziffer 3.2 „3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen“ wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe b werden nach den Wörtern „Rufbereitschaft von“ die Wörter „einer bzw. einem der“ eingefügt, das Wort „Ärzten“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt und der Gliederungsstrich „- Nuklearmedizin (bei Schilddrüsenkarzinom)“ gestrichen.

bb) In Buchstabe p wird nach dem Wort „erfolgt“ der Punkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgender Buchstabe q wird angefügt:

„q) eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.“

- e) In Ziffer 3.3 „3.3 Dokumentation“ werden im Klammerzusatz das Komma und die Angabe „TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC“ gestrichen.
- f) Ziffer 3.4 „3.4 Mindestmengen“ wird wie folgt gefasst:

„Das Kernteam muss mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser 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.

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

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

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

- g) Ziffer 4 „4 Überweisungserfordernis“ wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

h) Ziffer 5 „5 Appendix...“ wird wie folgt geändert:

aa) In der Präambel wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 in Kraft getretenen Fassung einschließlich der Anpassung durch den Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V vom 22. Mai 2015 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 (Deutsches Ärzteblatt 2015, A-1213).“

bb) In der Präambel werden nach Satz 4 folgende Sätze eingefügt:

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

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

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss



ff) Dem Abschnitt 1 wird nach der Tabelle folgender Satz angefügt:

„\*Ersetzend für die GOP 13391 und GOP 13392 oder GOP 13491 und 13492 können Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer oder onkologischer Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 13211 und 13212 erbringen.“

gg) Der Abschnitt 2 wird gemäß **Anhang 1** gefasst.

12. Nach Anlage 1.1 „**Anlage 1.1** Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ wird folgende Anlage 1.2 eingefügt:

„**Anlage 1.2** Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“

13. In Anlage 2 „**Anlage 2** Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ wird Buchstabe k Marfan-Syndrom wie folgt geändert:

a) In Ziffer 2 wird der Spiegelstrich vor den Wörtern „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind.“ gestrichen.

b) Ziffer 3.1 „3.1 Personelle Anforderungen“ wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt“ durch die Wörter „interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL“ ersetzt.

bb) In Buchstabe c werden im 7. Spiegelstrich nach den Wörtern „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“ die Wörter „oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ eingefügt.

cc) Der Satz „Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.“ wird gestrichen.

c) In Ziffer 3.2 „3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen“ wird Satz 1 wie folgt gefasst:

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

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

- sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Physiotherapie

b) eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.“

d) Ziffer 3.4 „3.4 Mindestmengen“ wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

e) Ziffer 5 „5 Appendix ...“ wird wie folgt geändert:

aa) In Abschnitt 1 werden in der Kopfzeile der Tabelle in der Spalte „Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut“ jeweils die Wörter „oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ angefügt.

bb) Der Abschnitt 2 wird gemäß Anhang 2 gefasst.

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

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 17. Dezember 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam							Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
		Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Nuklearmedizin (Kernteam)	Anästhesiologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Neurologie	Humangenetik	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Radiologie	Pathologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Urologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
1	PET; PET/CT - Bei PatientInnen und Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen - Bei PatientInnen und Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie - Bei PatientInnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und • erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder • negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie, zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten. Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
2	Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Zusätzlicher Aufwand für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) ASV-RL	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.1	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.2	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam							Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
		Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Nuklearmedizin (Kernteam)	Anästhesiologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Neurologie	Humangenetik	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Radiologie	Pathologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Urologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		
6	Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteres Beschl.

