



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Jährliche Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen

Vom 16. März 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. März 2018 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 21. Dezember 2017 (BAnz AT TT.MM.JJJJ B X) wie folgt zu ändern:

I. Dem § 5 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V in Papierform. Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplan nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren. Für die Voraussetzungen des Anspruchs der Patientin oder des Patienten auf Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des Medikationsplans, für Inhalt und Form des Medikationsplans sowie etwaige Informationspflichten der ASV-Berechtigten gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt der Patientin oder des Patienten gelten in der ASV die Vorgaben des § 29a Bundesmantelvertrages-Ärzte in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung entsprechend. Sofern bei einem ASV-Berechtigten die technischen Voraussetzungen für die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans noch nicht vorliegen, hat der ASV-Berechtigte, abweichend von Satz 1 und Satz 2 die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplanes zu informieren. Die Information über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplanes soll auch an einen die Patientin oder den Patienten behandelnden Vertragsarzt (sofern vorhanden, den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt), der die technischen Voraussetzungen erfüllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese Informationsweitergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden Vertragsarzt.“

II. Die Anlagen 1.1 und 2 der Richtlinie werden wie folgt geändert:

1. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ werden die Wörter

„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“

durch die Wörter „C18.- Bösartige Neubildung des Kolons“ ersetzt.

- b) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Behandlung“ im Spiegelstrich „Psychotherapeutische Beratung und Betreuung sowie Information über psycho-soziale Beratungs- und Betreuungsangebote (z. B. bei Krebsberatungsstellen)“ die Wörter „sowie Information über psycho-soziale Beratungs- und Betreuungsangebote (z. B. bei Krebsberatungsstellen)“ gestrichen.

- c) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Behandlung“ die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- PET;PET/CT
 - Bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen
 - Bei 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.

- Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL
- Koordination der Versorgung
- Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)“ gestrichen

d) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Beratung“ die Wörter „- zu sozialen Beratungsangeboten“ durch die Wörter „-zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)“ ersetzt.

e) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

– PET;PET/CT

- Bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen
- Bei 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.

- Koordination der Versorgung
- Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplan gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL“ angefügt.

f) Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird wie folgt geändert:

aa) In der Präambel wird in Satz 2 die Angabe „30. Juni 2016“ durch die Angabe „30. Juni 2017“ und die Angabe „1. Oktober 2016“ durch die Angabe „1. Oktober 2017“ ersetzt.

bb) Der Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ wird gemäß **Anhang 1** gefasst.

2. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Behandlung“ die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- Koordination der Versorgung
- Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)
- Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL
- Tumorkonferenzen
- PET; PET/CT

Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien gemäß I. oder II. erfüllt sind:

- I.
 - ER positiv und
 - Her2 negativ und
 - Alter > 35 Jahre und
 - N0: T > 1cmmit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - G2 oder
 - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
 - G3 oder
 - Ki-67 > 30 %.
- II.
 - ER positiv und
 - Her2 negativ und
 - Alter > 35 Jahre und
 - N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - G1 oder G2 oder
 - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
 - G3 oder Ki-67 > 30 %.

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ gestrichen.

b) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- Koordination der Versorgung
- Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)
- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL
- PET; PET/CT

Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien gemäß I. oder II. erfüllt sind:

- I.
 - ER positiv und
 - Her2 negativ und
 - Alter > 35 Jahre und
 - N0: T > 1cmmit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - G2 oder
 - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
 - G3 oder
 - Ki-67 > 30 %.
- II.
 - ER positiv und
 - Her2 negativ und
 - Alter > 35 Jahre und
 - N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - G1 oder G2 oder
 - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
 - G3 oder Ki-67 > 30 %.

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ angefügt.

- c) Nummer 6 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird wie folgt geändert:
- aa) In der Präambel wird in Satz 2 die Angabe „30. Juni 2016“ durch die Angabe „30. Juni 2017“ und die Angabe „1. Oktober 2016“ durch die Angabe „1. Oktober 2017“ ersetzt.
 - bb) Der Appendix „gynäkologische Tumoren“ wird gemäß **Anhang 2** gefasst.
3. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 3: urologische Tumoren wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Behandlung“ die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind“:
 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
 - Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die 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)
 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
 - Gespräch im Zusammenhang mit einer peroralen zytostatischen Tumorthherapie (excl. ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkender Substanzen (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie))
 - ⁶⁸GA-PSMA-PET;PET/CT
Bei Patienten mit einem PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert >0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg von >2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines lokalisierten Prostatakarzinoms, falls die Lokalisation des Rezidivs durch eine MRT Untersuchung des

Beckens nicht möglich war und für den Patienten eine Operation oder Strahlentherapie im Falle eines lokalen Rezidivs in Betracht kommt.

- PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ gestrichen

- b) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
 - Zusätzlicher Aufwand für die intravenös oder intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die 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)
 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
 - Gespräch im Zusammenhang mit einer peroralen zytostatischen Tumorthherapie (excl. ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkender Substanzen (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie))
 - ⁶⁸GA-PSMA-PET;PET/CT
Bei Patienten mit einem PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert >0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg von >2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines lokalisierten Prostatakarzinoms, falls die Lokalisation des Rezidivs durch eine MRT Untersuchung des Beckens nicht möglich war und für den Patienten eine Operation oder Strahlentherapie im Falle eines lokalen Rezidivs in Betracht kommt.
 - PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm
 - Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ angefügt.

4. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Diagnostik“ die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:
- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind
 - PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel, einer therapeutischen Konsequenz
 - Bei jungen Erwachsenen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in das erwachsenenorientierte Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung in enger Zusammenarbeit mit dem bisher betreuenden Kinderarzt“ gestrichen.
- b) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden die Wörter: „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:
- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind
 - PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel, einer therapeutischen Konsequenz
 - Bei jungen Erwachsenen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in das erwachsenenorientierte Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung in enger Zusammenarbeit mit dem bisher betreuenden Kinderarzt
 - Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL“ angefügt.

6. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe a Tuberkulose und atypische Mykobakteriose wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ werden die Wörter „sowie die Kontaktpersonen bei ggf. erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention“ durch die Wörter „sowie Z20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die Kontaktpersonen bei ggf. erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Diagnostik“ die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ gestrichen.
- c) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind: - Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL“ angefügt.
- d) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ wird dem Buchstaben a „Teamleitung“ folgender Satz angefügt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie benannt werden.“
- e) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ Buchstabe b „Kernteam“ wird der Spiegelstrich „- Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich: - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin“ durch den Satz „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.“ ersetzt.
- f) Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wie folgt geändert:
 - aa) In der Präambel wird in Satz 2 die Angabe „30. Juni 2016“ durch die Angabe „30. Juni 2017“ und die Angabe „1. Oktober 2016“ durch die Angabe „1. Oktober 2017“ ersetzt.
 - bb) Der Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ wird gemäß **Anhang 3** erfasst.

7. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe b Mukoviszidose wird wie folgt geändert:

- a) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen

Bewertungsmaßstabes (EBM) sind: - Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL“ angefügt.

- b) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ Buchstabe a „Teamleitung“ werden nach dem ersten Spiegelstrich die Wörter „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch: - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin“ durch den Satz „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie benannt werden.“ ersetzt.
- c) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ Buchstabe b „Kernteam“ werden nach dem zweiten Spiegelstrich die Wörter „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch: - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin. Zusätzlich kann eine Fachärztin ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie im Kernteam benannt werden“ durch die Sätze „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatzweiterbildungen verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.“ ersetzt.
- d) Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird wie folgt geändert:
 - aa) In der Präambel wird Satz 2 wie folgt gefasst: „Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2017 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017.“.
 - bb) Der Appendix „Mukoviszidose“ wird gemäß **Anhang 4** gefasst.

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

- a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden unter „Diagnostik“ die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:
- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind (z. B. Spaltlampenmikroskopie, Bestimmung des Visus)
 - Molekulargenetische Untersuchung der relevanten Gene zur differenzialdiagnostischen Abklärung mittels Hochdurchsatzverfahren (z. B. next-generation-sequencing - NGS)“ gestrichen.
- b) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind: - Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL“ angefügt.
- c) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ Buchstabe a „Teamleitung“ werden nach dem zweiten Spiegelstrich die Wörter „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch: - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie“ durch den Satz „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie benannt werden.“ ersetzt.
- d) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ Buchstabe b „Kernteam“ werden nach dem dritten Spiegelstrich die Wörter „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden statt Innere Medizin und Kardiologie: - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie“ durch die Sätze „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.“ ersetzt.
- e) Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird wie folgt geändert:

aa) In der Präambel wird in Satz 2 die Angabe „30. Juni 2016“ durch die Angabe „30. Juni 2017“ und die Angabe „1. Oktober 2016“ durch die Angabe „1. Oktober 2017“ ersetzt.

bb) Der Appendix „Marfan-Syndrom“ wird gemäß **Anhang 5** gefasst.

9. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe l pulmonale Hypertonie wird wie folgt geändert:

- a) Der Nummer 2 „Behandlungsumfang“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen

Bewertungsmaßstabes (EBM) sind: - Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL“ angefügt.

- b) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ Buchstabe a „Teamleitung“ werden nach dem zweiten Spiegelstrich die Wörter „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch: - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder - Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie“ durch den Satz „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie benannt werden.“ ersetzt.
- c) In Nummer 3.1 „Personelle Anforderungen“ Buchstabe b „Kernteam“ werden nach dem zweiten Spiegelstrich die Wörter „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch: - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie – Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie“ durch die Sätze „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.“ ersetzt.
- d) Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird wie folgt geändert:

aa) In der Präambel wird in Satz 2 die Angabe „30. Juni 2016“ durch die Angabe „30. Juni 2017“ und die Angabe „1. Oktober 2016“ durch die Angabe „1. Oktober 2017“ ersetzt.

bb) Der Appendix „pulmonale Hypertonie“ wird gemäß **Anhang 6** gefasst.

III. 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 veröffentlicht.

Berlin, den 16. März 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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. |

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. |

Abschnitt 3 Sonderregelungen gemäß Ziffer 5

Abschnitt 3.1 Sonderregelung gemäß Ziffer 5.1

Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen (Ekrankungen gemäß Ziffer 1.1) gehören folgende Fachärztinnen und Fachärzte nicht zum Behandlungsteam:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Urologie
- Viszeralchirurgie

Folgende GOP gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- | | |
|------------|--|
| GOP | GOP-Bezeichnung |
| 08310 | Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz |
| 08311 | Urethro(-zysto)skopie |
| 08333 | Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie |
| 08334 | Zuschlag für die Polypektomie |
| 08341 | Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung |
| 13421 | Zusatzpauschale Koloskopie |
| 13422 | Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie |
| 13423 | Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebühreinstufungspositionen 13421 oder 13422 |
| 25330 | Moulagene- oder Fiblithérapie |
| 25331 | Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie |
| 25332 | Intrakavitäre vaginale Brachytherapie |
| 32390 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32385 bis 32405 - CA 125 |
| 32394 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32385 bis 32405 - CA 72-4 (TAG 72) |
| 33043 | Uro-Genital-Sonographie |
| 34256 | Ureithrozystographie oder Refluxzystogramm |

Die laufende Nummer 1 im Abschnitt 2 des Appendix (PET, PET/CT) gehört nicht zum Behandlungsumfang.

Abschnitt 3.2 Sonderregelung gemäß Ziffer 5.2

Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren (Ekrankungen gemäß Ziffer 1.2) gehören folgende GOP nicht zum Behandlungsumfang:

- | | |
|------------|--|
| GOP | GOP-Bezeichnung |
| 08320 | Mammastanzbiopsie |
| 19450 | Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen |
| 32391 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32385 bis 32405 - CA 15-3 |
| 33041 | Mamma-Sonographie |
| 34270 | Mammographie |
| 34271 | Zuschlag Markierung, Stanzbiopsie |
| 34272 | Mamma-Teilnahme (Vergrößerungstechnik) |
| 34273 | Röntgenuntersuchung eines Mammepreparates |
| 34274 | Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270 |
| 34275 | Durchführung einer Mammographie in einer Ebene |
| 40454 | Sachkosten im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebühreinstufungsposition 34274 |
| 40455 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für Markierungsclips |

Die laufende Nummer 2 im Abschnitt 2 des Appendix (Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse) gehört nicht zum Behandlungsumfang.

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. |

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. |

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
1	Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL	Innere Medizin und Pneumologie Innere Medizin und Gastroenterologie Kinder und Jugendmedizin Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Humangenetik Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Endokrinologie und -diabetologie Innere Medizin und Kardiologie Laboratoriumsmedizin Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie Pathologie Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kinder- und Jugendlichnenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichnenpsychotherapeut Radiologie Urologie

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. |

Ifd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
1	Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans gemäß § 5 Absatz 3 ASV-RL	Herzchirurgie 1 Innere Medizin und Kardiologie 1 Kinder- und Jugendmedizin 1 Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie 1 Orthopädie und Unfallchirurgie 1	Augenheilkunde 0 Frauenheilkunde und Geburtshilfe 0 Gefäßchirurgie 0 Humangenetik 0 Innere Medizin und Pneumologie 0 Laboratoriumsmedizin 0 Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut 0 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut 0 Psychiatrie und Psychotherapie 0 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 0 Radiologie 0 Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie 0 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 0

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. |

		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																						
		Kernteam																						
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Nuklearmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Radiologie	Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01436	Konsultationspauschale	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01439	Bebetreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01450	Zuschlag Videosprechstunde	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01510	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 2h	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01511	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 4h	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

