

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

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

**Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe d  
Neuromuskuläre Erkrankungen**

Vom 17. Dezember 2020

## Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	12
4.	Verfahrensablauf .....	12
5.	Fazit .....	14
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	14

## **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 2 d) neuromuskuläre Erkrankungen 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 neuromuskulären Erkrankungen.

#### **G14 Post-Poliosyndrom**

Nach einer überstandenen akuten Poliomyelitis können Funktionseinschränkungen langfristig persistieren oder sich im Rahmen des Post-Polio-Syndroms auch nach Jahrzehnten, unter anderem in Form von Muskelschwund, Paresen oder Schmerzen, manifestieren. Obwohl die letzten bekannten Neuerkrankungen an Poliomyelitis in Deutschland in den 1990er Jahren berichtet wurden, sind aufgrund chronischer Einschränkungen, der langen Latenzzeit des Post-Poliosyndroms und der Zuwanderung aus Polio-Risikogebieten weiterhin betroffene Patienten auch hier anzutreffen. Angaben zur Prävalenz beruhen jedoch in der Regel auf Schätzungen, sodass diesbezüglich keine genauen Aussagen vorliegen. Nicht zuletzt wegen des zunehmend seltenen Vorkommens der Erkrankung profitieren betroffene Patienten von einer interdisziplinären Behandlung und der besonderen Expertise von Fachärzten, mit Erfahrung in der Diagnostik und Therapie der Folgezustände der Poliomyelitis sowie des Post-Polio-Syndroms. Vor diesem Hintergrund werden diese Diagnosen in die Anlage zu neuromuskulären Erkrankungen aufgenommen.

#### **M60.1- Interstitielle Myositis**

Myositiden, wie beispielsweise die Einschlusskörperchenmyositis sind seltene Muskelerkrankungen, die zu einer progredienten Bewegungseinschränkung sowie zu erhöhter Morbidität durch Beteiligung extramuskulärer Organe wie Lunge und Herz führen können. Interstitielle Myositiden können auch bei Kollagenosen, wie der Dermatomyositis, vorkommen.

Ihre Diagnose und Therapie gestaltet sich oft schwierig und können eine besondere Expertise der behandelnden Ärzte benötigen. Vor diesem Hintergrund werden sie in die Anlage neuromuskuläre Erkrankungen aufgenommen.

#### **M63.3\* Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Myositis bei Sarkoidose**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19.12.2019 die Anlage 2 Buchstabe e – schwerwiegende Immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose beschlossen. Diese befasst sich ausschließlich mit der Diagnostik und Therapie der Sarkoidose und ihren Folgezuständen, sodass der Code M63.3 an dieser Stelle gestrichen wird.

#### **G73.6\* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten**

Als Kreuzschlüsselnummer kann in der ICD-10 jede primäre Schlüsselnummer verwendet werden, wenn die Kombination medizinisch sinnvoll ist; sie sind also nicht an die mit einem Kreuz markierten Schlüsselnummern gebunden. Im ICD-Kode G73.6\* sind daher die Stoffwechselerkrankungen Morbus Pompe (LGMD2V) und McArdle inkludiert.

## **2.2.2 Behandlungsumfang**

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

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

Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine Aufzählung der möglichen Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die eine Patientin 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 erfolgte im Grundsatz in Anlehnung an die bisher in Kraft getretenen Regelungen der ASV-RL Anlage 2.

Für die häufig degenerativen Erkrankungsbilder werden spezielle Testverfahren im Bereich Mobilität, Gehfähigkeit, allgemeine Motorik/Sensorik genutzt, um sowohl die Diagnostik zu vereinfachen und zu präzisieren als auch konkrete Therapieentscheidung zu treffen.

Beispiele für standardisierte Tests im Bereich der neuromuskulären Erkrankungen: u.a. Standardisierte motorische Tests CHOP-INTEND, HFMSE, RULM, 6MWT, ALSFRS-R (ALS Functional Rating Scale - Revised), einen Upper Motoneuron Score, FAB (Frontal Assessment Battery))

### **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.

Die Bestimmung des Behandlungsumfangs erfolgte im Übrigen in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL.

Für die Behandlung der spinalen Muskelatrophie sind Medikamente wie beispielsweise Nusinersen zugelassen, die intrathekal verabreicht werden. Zu diesem Zweck erfolgt eine Lumbalpunktion mit anschließender Medikamenteninjektion. Beides sollte entsprechend der Fachinformation zu Nusinersen durch Ärzte erfolgen, die Erfahrung in der Durchführung von Lumbalpunktionen haben. Im Fall von Nusinersen erfolgt die intrathekale Verabreichung mehrmals. Die Anwendung erfolgt in der Regel im Rahmen eines stationären Aufenthaltes. Sie kann in Ausnahmefällen jedoch auch ambulant erfolgen, sofern der Patient dies wünscht, sein Gesundheitszustand dies zulässt und Vorbehandlungen unkompliziert waren.

## Beratung

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

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

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

Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. 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.

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.

Für die spinale Muskelatrophie ist eine intrathekale Therapie zugelassen. Der EBM sieht derzeit nur eine Lumbalpunktion zur diagnostischen Abklärung vor. Daher wird die entsprechende Leistung als neue Abschnitt-2-Leistung abgebildet.

In der Diagnostik von neuromuskulären Erkrankungen nimmt die ergänzende PET; PET/CT bei negativem oder bleibend unklaren Befunden der konventionellen Untersuchungen einen zunehmenden Stellenwert ein.

Bei einer Myasthenia gravis ist in Einzelfällen ein ergänzendes Ganzkörper- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose (FDG-PET; PET/CT) zum Ausschluss eines (postoperativen) Thymomrezidiv notwendig, sofern sich kein Anhalt in Standarduntersuchungen (CT-Thorax, MRT Thorax, ggf. Bronchoskopie) ergab.

Dem Lambert-Eaton-Syndrom liegt in ca. 60% ein Malignom zugrunde, meist ein kleinzelliges Bronchialkarzinom (SCLC), seltener auch nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom, Prostatakarzinom, Thymom oder Lymphom. Standarddiagnostik zum Ausschluss eines Bronchialkarzinoms oder Thymoms sind eine CT- oder MRT-Untersuchung des Thorax, in der Regel ergänzt durch eine Bronchoskopie. Durch eine PSA-Bestimmung kann ein Prostatakarzinom ausgeschlossen oder bei erhöhten Werten weitere Diagnostik veranlasst werden. Hinweise auf ein Lymphom geben die klinische Untersuchung der Lymphknoten und das CT/MRT des Thorax und Abdomens. Gelingt durch diese Untersuchungen ein Tumornachweis nicht, wird ergänzend zur Erhöhung der Sensitivität eine FDG-PET/CT-Untersuchung angeschlossen.

Etwa 30% aller Dermatomyositiden (DM) und 15% aller Polymyositiden (PM) sind tumorassoziiert. Prinzipiell kann jede Art von Tumor eine paraneoplastische DM oder PM

induzieren. Zeigen sich tumorsuspekte, nicht eindeutige Befunde in der jeweils indizierten, konventionellen Diagnostik (wie Bronchoskopie, Gastroduodenoskopie, Koloskopie, MRT von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Antikörperdiagnostik), kann ergänzend eine FDG-PET/CT- Untersuchung angeschlossen werden.

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

### **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

Die Regelungen zu den personellen Anforderungen wurden entsprechend der bisherigen Anlagen der ASV-RL in ihrer Struktur grundsätzlich übernommen und spezifisch für die neuromuskulären Erkrankungen definiert.

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

#### **a) Teamleitung**

Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen.

In dieser Fachdisziplin ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht dieser Fachgruppe auf diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, die Leitungsfunktion.

#### **b) Kernteam**

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie vorgesehen, da die Expertise eines Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist.

Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit der genannten Zusatz-Weiterbildung oder den genannten Schwerpunkten bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikationen möglich, falls sonst die Teambildung erschwert würde.

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.

#### **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:**

- Augenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neuropathologie

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

*Innere Medizin und Gastroenterologie*

Neuromuskuläre Erkrankungen können einerseits durch Stoffwechselstörungen bedingt sein, andererseits aber auch zu einer Behinderung der Nahrungsaufnahme führen. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie kann beispielsweise durch die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie zur Therapie beitragen und wird deshalb in das Team aufgenommen.

*Nuklearmedizin*

Im Rahmen der Diagnose von Tumorerkrankungen bei Verdacht auf ein paraneoplastisches Syndrom können PET; PET/CT-Untersuchungen zum Einsatz kommen. Für deren Durchführung wird die Facharztgruppe Nuklearmedizin unter den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten ergänzt.

*Laboratoriumsmedizin*

Labormedizinische Untersuchungen werden routinemäßig im Rahmen der Diagnostik und Therapie von neuromuskulären Erkrankungen, deren Folgeerscheinungen oder auch von Therapienebenwirkungen eingesetzt. Zur Durchführung der entsprechenden Untersuchungen wird die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin unter den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten ergänzt.

*Pathologie*

Im Rahmen der Diagnostik dieser weitgefächerten Anlage ist die Einbindung sowohl der neuropathologischen als auch der pathologischen Fachexpertise medizinisch erforderlich. Daher wird die Facharztgruppe Pathologie in der dritten Ebene des Behandlungsteams ergänzt, für den Fall, dass die an der ASV teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Neuropathologie nicht über die hier relevante pathologische Expertise entsprechend der Weiterbildungsinhalte der jeweiligen MWBO bzw. Ausstattung und Equipment verfügen. Dies gilt insbesondere für die unter 1 Konkretisierung genannten Erkrankungen wie das Lambert-Eaton-Syndrom, sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen, Dermatomyositis-Polymyositis sowie Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†).

*Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut*

Neuromuskuläre Erkrankungen können zu psychischen Belastungen von Patienten führen, insbesondere, wenn sie chronisch verlaufen oder mit einer reduzierten Lebenserwartung einhergehen. Um Patienten die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung zu bieten, muss mindestens eine der Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut im Team verfügbar sein

*Radiologie*

Radiologische Untersuchungen werden routinemäßig im Rahmen der Diagnostik und Therapie von neuromuskulären Erkrankungen, deren Folgeerscheinungen oder auch von Therapienebenwirkungen eingesetzt. Zur Durchführung der entsprechenden Untersuchungen wird die Fachgruppe Radiologie unter den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten ergänzt.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und

Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit dieser Fachgruppen bestehen und im Kernteam bereits ein Kinder- und Jugendmediziner vorhanden sein muss, falls das Team Kinder und Jugendliche behandelt, hat dieser hier ausdrücklich eine „Kann“-Regelung vorgesehen.

### **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 sozialen Beratungsangeboten“. 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 therapie relevanten Informationsaustausch ermöglichen.

- Ergotherapie
- Physikalische Therapie
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)

Die ABK-RL sah eine kontinuierliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit an der Versorgung von Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen beteiligten Einrichtungen vor. Neuromuskuläre Erkrankungen gehen häufig mit einer Einschränkung der Motorik einher. Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie physikalische Therapie können zur Wiederherstellung, Besserung oder dem Erhalt von motorischen Funktionen beitragen, weshalb die Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachdisziplinen bzw. Einrichtungen unter den sächlichen und organisatorischen Anforderungen in die ASV übernommen wird.

- ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)

Betreffen die Einschränkungen die Atemmuskulatur oder den Schluckakt kann eine Versorgung mit einer Trachealkanüle oder einer PEG-Sonde erforderlich werden. Für diese Fälle wird die Zusammenarbeit mit entsprechend erfahrenen Pflegediensten ebenfalls unter den sächlichen und organisatorischen Anforderungen in die ASV übernommen.

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

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

### **2.2.3.3 Dokumentation**

Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV.



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

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

#### **2.2.3.4 Mindestmengen**

Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus. Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen 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.

Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.

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

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

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

#### **2.2.4 Überweisungserfordernis**

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

Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV. Da es sich um eine lebenslange Erkrankung handelt, wurde auf eine Befristung der Überweisung verzichtet.

#### **2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

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

Dadurch wird der G-BA der ihm vom Gesetzgeber zugeschriebenen Kompetenz gerecht, den Behandlungsumfang zu definieren und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der

ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V insbesondere seinen Aufgaben nach § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V nachkommen kann.

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

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

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

Grundlage für den Ziffernkranz bei neuromuskulären Erkrankungen ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020.

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

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

## **Abschnitt 1:**

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

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

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

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

#### **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

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

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

#### **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

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

Die Versicherten- und Grundpauschalen wurden den Mitgliedern des 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 neuromuskulären Erkrankungen in Frage kommen.

### Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

#### 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

#### 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

#### **Abschnitt 2:**

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

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 97.955 Euro und einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 427.260 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten befindet sich in Anlage 1.

### **4. Verfahrensablauf**

Am **17. Dezember 2019** begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am **3. Juni 2020** die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 15 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle).

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
13. November 2019	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 2 d) neuromuskuläre Erkrankungen
17. Dezember 2019	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
14. Januar 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
22. Januar 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
27. Februar 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
16. April 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
7. Mai 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. Mai 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
3. Juni 2020	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung des Appendix
18. Juni 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
14. Juli 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
30. Juli 2020	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
18. August 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
20. August 2020	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
9. September 2020	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
13. Oktober 2020	AG ASV	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
15. Oktober 2020	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
11. November 2020	UA ASV	Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
17. Dezember 2020	Plenum	Beschlussfassung

### **Stellungnahmeverfahren**

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten

Organisationen (vgl. **Anlage III**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 d) neuromuskulären Erkrankungen) Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **9. September 2020** wurde das Stellungnahmeverfahren am **11. September 2020** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage IV**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **9. Oktober 2020**.

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit haben auf ihr Stellungnahmerecht verzichtet. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum 28. September 2020 vor. Die eingereichte Stellungnahme und die Rückmeldungen befinden sich in **Anlage IV**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **13. Oktober 2020** vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **11. November 2020** durchgeführt (**Anlage V**).

## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **17. Dezember 2020** beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

## **6. Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

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

Anlage IV: Stellungnahmen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer

Anlage V: Auswertung der Stellungnahmen

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen**

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/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 2 der ASV-RL zu seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen um Buchstabe d) Neuromuskuläre Erkrankungen 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. 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 neuromuskulären Erkrankungen) zur Erbringung ambulanter Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V a.F. zugelassene Krankenhäuser. Da das nun implementierte Anzeigeverfahren im Vergleich zu den Regelungen des bisherigen § 116b SGB V gänzlich neu eingeführt wird und entsprechende Bürokratiekostenschätzungen 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 78,25 Stunden (4.695 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

**Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)**

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Team</b>
Einarbeitung in die Informationspflicht	240
Beschaffung von Daten	2.190
Aufbereitung der Daten	120
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	120
Externe Sitzungen	1.920
Kopieren, Archivieren, Verteilen	30
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	60
Insgesamt:	4.695

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. 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 Schätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von 2,5 Stunden je Team entsteht. Wird für die Vergütung des Anwaltes ein Stundensatz von 58,80 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratienkosten in Höhe von 147 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 24,80 Euro je Team (16 x 1,55 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratienkosten in Höhe von 4.343 Euro (53,3 Euro x 78,25 + 147 Euro + 24,80 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 Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Hierbei müssen insbesondere Angaben zu dem Erkrankungs- und Leistungsbereich, auf den sich die Berechtigung erstreckt, zur namentlichen Benennung der Teamleitung sowie der übrigen Mitglieder des Kernteams und zur (namentlichen oder institutionellen) Benennung der hinzuziehenden 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 48 Minuten (drei Minuten je Arzt bei 16 Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 16,80 Euro (21,00 Euro / 60 x 48).

**Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)**

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Team</b>
Datenübermittlung und Veröffentlichung	16
Kopieren, Archivieren, Verteilen	32
Insgesamt:	48

### 3. Neubesetzung

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

**Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)**

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je neu zu besetzendem Mitglied</b>
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 Landeskrankenhausesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 8,00 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 24,00 Euro (3 x 8,00 Euro) jährlich. Bei insgesamt 16 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 384 Euro.

**Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)**

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Vertretungsfall</b>
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 der Patienten über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,05 Euro. Bei geschätzt 9.000 Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 9.450 Euro pro Jahr.

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

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Fall</b>
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. Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

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

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Kernteamarzt</b>	<b>Minutenwert je Kernteam</b>
Beschaffung von Daten	50	200
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	4
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	8
Insgesamt:	53	212

Die Schätzung des für die Beschaffung der notwendigen Daten erforderlichen Zeitaufwands erfolgte unter Rückgriff auf den hierfür in der Zeitwerttabelle vorgesehenen Wert von drei Minuten (bei einfacher Komplexität). Für den Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist für jedes Kernteam in 50 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 212 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.

Bei entsprechend hohem Qualifikationsniveau entstehen jedem Kernteam hieraus jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 188 Euro.

## 7. Zusammenfassung

In der folgenden Tabelle 6 werden ausgehend von den oben genannten Informationspflichten die einem ASV-Team insgesamt entstehenden Bürokratiekosten zusammengefasst.

**Tabelle 7: Insgesamt entstehende Bürokratiekosten je ASV-Team**

<b>Informationspflicht</b>	<b>Kosten je Team in Euro</b>	<b>Frequenz</b>
Anzeigeverfahren	4.343	einmalig
Meldung nach Zulassung	16,80	einmalig
Neubesetzung	142,13	je neu zu besetzendes Mitglied
Vertretung	384	jährlich
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,05	je Patient
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	188	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 9.000 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 50 Patienten je (Kern-) Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 180 Teams ausgegangen werden ( $9.000/50$ ). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 16 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 98 Teams ausgegangen.

**Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Annahme: 98 Teams)**

<b>Informationspflicht</b>	<b>Bürokratiekosten in Euro</b>
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	425.614
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	21.281
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.646
Meldung nach Zulassung (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	82,32
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 98 Teams x 16 Ärzte = 1.568, davon 5% = 78 Ärzte)	11.086
Vertretung (jährlich)	37.632
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 9.000 Patienten)	9.450
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	18.424
<b>Summe einmalige Bürokratiekosten</b>	<b>427.260</b>
<b>Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten</b>	<b>97.955</b>

Insgesamt resultieren aus den genannten Informationspflichten unter der Annahme von 98 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 97.955 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 427.260 Euro.



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

**An**

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



# Beschlussentwurf

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen

Stand: 10.09.2020

### Legende

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

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

Vom XX. Monat 20JJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am XX. Monat 20JJ beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BAz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt geändert am 20. März 2020 (BAz AT 23.07.2020 B1) und am 5. Juni 2020 (BAz AT 23.07.2020 B2), wie folgt zu ändern:

I. In der Anlage 2 wird nach dem Buchstaben c der folgende Buchstabe d eingefügt:

### „d) neuromuskuläre Erkrankungen

#### 1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
- G14 Postpolio-Syndrom
- G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie
- G61.- Polyneuritis
- G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten
- G71.- Primäre Myopathien
- G72.3 Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung
- G72.4 Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert
- G72.88 Sonstige näher bezeichnete Myopathien
- G73.0\* Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten
- G73.1\* Lambert-Eaton-Syndrom

- 34 G73.2\* Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen  
 35 G73.3\* Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten  
 36 G73.4\* Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten  
 37 G73.5\* Myopathie bei endokrinen Krankheiten  
 38 G73.6\* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten  
 39 M33.- Dermatomyositis-Polymyositis  
 40 M36.0\* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†)  
 41 M60.1- Interstitielle Myositis

42

<b>PatV</b> Q74.3 Arthrogyposis multiplex congenita	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b> [streichen]
--	--

43

## 44 2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

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

### 46 Diagnostik

- 47 – Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale  
 48 Echokardiographie, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik  
 49 – Anamnese  
 50 – Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung,  
 51 Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung  
 52 (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)  
 53 – Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,  
 54 Osteodensitometrie)  
 55 – Körperliche Untersuchung

56

<b>PatV</b> (z. B. Mobilitätsuntersuchung, Gehfähigkeit, Motorik)	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b> [streichen]
--	--

57

- 58 – Humangenetische Untersuchungen  
 59 – Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik  
 60 – Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen  
 61 bei Patienten entnommenen Materials  
 62 – Molekulargenetische Untersuchungen  
 63 – Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EMG, ENG, evozierte Potenziale)  
 64 – Lungenfunktionsdiagnostik  
 65 – Punktionen und Biopsien  
 66 – Schluckdiagnostik

### 67 Behandlung

- 68 – Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten  
 69 – Beratung und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma  
 70 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle  
 71 – Behandlung in Notfallsituationen

- 72 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 73 – Behandlungsfolgen
- 74 – Einleitung der Rehabilitation
- 75 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 76 – Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 77 – Perkutane Gastrostomie
- 78 – Physikalische Therapie
- 79 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 80 – Schmerztherapie

81 **Beratung**

- 82 – zu Diagnostik und Behandlung
- 83 – zur Ernährung
- 84 – zu Heilmitteln
- 85 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 86 – zu humangenetischen Fragestellungen
- 87 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 88 – zur operativen Versorgung
- 89 – zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 90 – zu Rehabilitationsangeboten
- 91 – zu Sexualität und Familienplanung
- 92 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 93 – zu Verhalten in Notfallsituationen

94 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs  
 95 (EBM) sind:

- 96 – Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie
- 97 – PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-  
 98 PET)
- 99 – bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht auf  
 100 ein Thymomrezidiv,
- 101 – bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer  
 102 paraneoplastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,
- 103 – bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese  
 104 und negativen oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -MRT  
 105 von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie, Antikörperdiagnostik)

106

<b>DKG, PatV</b> – Wechsel einer Trachealkanüle	<b>GKV-SV, KBV</b> [streichen]
--	-----------------------------------

107

108 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

109 **3.1 Personelle Anforderungen**

110 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen erfolgt  
 111 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

112 **a) Teamleitung**

113 – Neurologie

114 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder  
 115 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

116

<b>DKG</b> oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	<b>GKV-SV, KBV, PatV</b> <i>[streichen]</i>
--	--

117 benannt werden.

118 **b) Kernteam**

119 – Innere Medizin und Kardiologie

120 – Innere Medizin und Pneumologie

121 – Neurologie

122 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine

123 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie  
 124 oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-  
 125 und Jugend-Kardiologie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
 126 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen.

127 Sofern keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten  
 128 Zusatz-Weiterbildung oder den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin  
 129 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

130 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

131 – Augenheilkunde

132 – Humangenetik

133 – Laboratoriumsmedizin

134

<b>DKG, KBV, PatV</b> – Neuropathologie sofern die Facharztgruppe Pathologie nicht über die anlagenbezogene, erforderliche neuropathologische Expertise verfügt	<b>GKV-SV</b> – Neuropathologie
--	------------------------------------

135

136 – Nuklearmedizin

137 – Innere Medizin und Gastroenterologie

138 – Innere Medizin und Rheumatologie

139 – Orthopädie und Unfallchirurgie

140

<b>DKG, KBV, PatV</b> – Pathologie, sofern die Facharztgruppe Neuropathologie nicht über die anlagenbezogene, erforderliche pathologische Expertise verfügt	<b>GKV-SV</b> – Pathologie
--	-------------------------------

141

142 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 143 oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 144 ärztlicher Psychotherapeut



145 – Radiologie

146 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
 147 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und  
 148 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine  
 149 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-  
 150 und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 151 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein  
 152 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-  
 153 Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-  
 154 Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

155 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

- 159 – sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit
- 160 sozialen Beratungsangeboten
- 161 – Ergotherapie
- 162 – Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- 163 – Physikalische Therapie
- 164 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege
- 165

<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>	<b>PatV</b>
(möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)	mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Tracheostoma und PEG-Sonden

166

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG, KBV, PatV</b>
– sofern ASV-Berechtigte des interdisziplinären Teams die jeweiligen Anforderungen nicht selbst erfüllen: Einrichtungen welche die Anforderungen gemäß dem „Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Onasemnogene abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie“ vom xx.xx.2020 erfüllen	<i>[streichen]</i>

167

168 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

169 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer  
 170 bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:

- 171 – Neurologie
- 172 – Innere Medizin und Kardiologie
- 173 – Innere Medizin und Pneumologie
- 174

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: – Kinder und Jugendmedizin	<i>[streichen]</i>

175

176 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche  
177 bildgebende Diagnostik.

178 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

179 Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
180 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
181 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen  
182 bereitgehalten werden.

183 **3.3 Dokumentation**

184 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
185 neuromuskulären Erkrankungen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des  
186 Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

187 **3.4 Mindestmengen**

<p><b>GKV-SV, KBV, PatV</b></p> <p>Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder 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 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.</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 Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Eine Mindestmenge wird mangels wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p>
--	--

188

189 **4 Überweisungserfordernis**

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

192 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten  
193 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet  
194 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein  
195 Überweisungserfordernis.

196 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

197 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

198 **Präambel**

199 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen  
200 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen  
201 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen  
202 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des  
203 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten  
204 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)  
205 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen  
206 des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020.

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

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

212 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den  
213 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten  
214 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.  
215

216  
217  
218

**Appendix „neuromuskuläre Erkrankungen“**

**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.

219 *[Appendix ‚neuromuskuläre Erkrankungen‘ mit Abschnitt 1 und Abschnitt 2 gemäß Anlage 2*  
220 *der Beratungsunterlagen hier einfügen]“*  
221

222

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

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

227 Berlin, den TT. Monat JJJJ

228 Gemeinsamer Bundesausschuss  
229 gemäß § 91 SGB V  
230 Der Vorsitzende

231 Prof. Hecken

## Appendix des Beschlussentwurfs "Neuromuskuläre Erkrankungen" Anlage 2 d) ASV-RL mit

- Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ) für das 4. Quartal 2020
- Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfanges)

Stand: 10.09.2020

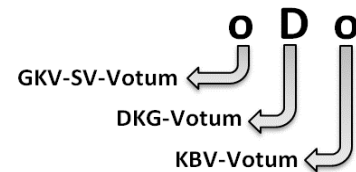
### Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



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

#### Hinweis:

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

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





































































































































































































































Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam										Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																									
						Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin	Augenheilkunde	Hematothek	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	Laboratoriumsmedizin	Neuropathologie	Nuklearmedizin	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ärztliche Psychotherapeuten oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeuten oder Psychologischer Psychotherapeut	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlicheneinwohnertherapeut oder Kinder- und Jugendlicheneinwohnertherapeut	Pathologie									
IV	35	35.2.2	Gruppentherapien	35716	Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie) - Systemische Therapie (LZT), 6 TN	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	35	35.2.2	Gruppentherapien	35717	Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie) - Systemische Therapie (LZT), 7 TN	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	35	35.2.2	Gruppentherapien	35718	Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie) - Systemische Therapie (LZT), 8 TN	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	35	35.2.2	Gruppentherapien	35719	Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie) - Systemische Therapie (LZT), 9 TN	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36096	Eingriff der Kategorie AA6	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36097	Eingriff der Kategorie AA7	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36098	Zuschlag zu den GOP 36096 und 36097	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36104	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36105	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36106	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36107	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36108	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36107	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36111	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36112	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36113	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36116	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36117	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche	36118	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36111 bis 36117	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36121	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C1	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36122	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C2	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36123	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C3	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36124	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C4	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36125	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36126	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36127	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie	36128	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.4	Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken	36131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	36	36.2.4	Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken	36132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	36	36.2.4	Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken</																																						











































# 1 **Tragende Gründe**

## 2 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen** 3 **Bundesausschusses über eine Änderung der** 4 **Richtlinie ambulante spezialfachärztliche** 5 **Versorgung § 116b SGB V:** 6 **Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe d** 7 **Neuromuskuläre Erkrankungen**

8 **Stand 10.09.2020**

9 **Legende**

10 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

12

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

16

17 Vom Beschlussdatum

18

19 **Inhalt**

20	<b>1. Rechtsgrundlage .....</b>	<b>2</b>
21	<b>2. Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
22	<b>3. Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>14</b>
23	<b>4. Verfahrensablauf .....</b>	<b>14</b>
24	<b>5. Fazit .....</b>	<b>16</b>
25	<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>16</b>
26	<b>7. Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>16</b>

27

28

## 29 **1. Rechtsgrundlage**

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

## 35 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

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

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

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

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

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

### 57 **2.1 Aufbau**

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

61 Die Anlage 2 d) neuromuskuläre Erkrankungen ist wie folgt gegliedert:

- 62 1. Konkretisierung der Erkrankung
- 63 2. Behandlungsumfang
  - 64 • Diagnostik
  - 65 • Behandlung
  - 66 • Beratung
- 67 3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
  - 68 3.1 Personelle Anforderungen
    - 69 a) Teamleitung
    - 70 b) Kernteam
    - 71 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
  - 72 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
  - 73 3.3 Dokumentation



- 74 3.4 Mindestmengen  
 75 4. Überweisungserfordernis  
 76 5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

## 77 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

### 78 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

79 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 80 mit neuromuskulären Erkrankungen.

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

83 G14 Post-Poliosyndrom

84 Nach einer überstandenen akuten Poliomyelitis können Funktionseinschränkungen langfristig  
 85 persistieren oder sich im Rahmen des Post-Polio-Syndroms auch nach Jahrzehnten, unter  
 86 anderem in Form von Muskelschwund, Paresen oder Schmerzen, manifestieren. Obwohl die  
 87 letzten bekannten Neuerkrankungen an Poliomyelitis in Deutschland in den 1990er Jahren  
 88 berichtet wurden, sind aufgrund chronischer Einschränkungen, der langen Latenzzeit des  
 89 Post-Poliosyndroms und der Zuwanderung aus Polio-Risikogebieten weiterhin betroffene  
 90 Patienten auch hier anzutreffen. Angaben zur Prävalenz beruhen jedoch in der Regel auf  
 91 Schätzungen, sodass diesbezüglich keine genauen Aussagen vorliegen. Nicht zuletzt wegen  
 92 des zunehmend seltenen Vorkommens der Erkrankung profitieren betroffene Patienten von  
 93 einer interdisziplinären Behandlung und der besonderen Expertise von Fachärzten, mit  
 94 Erfahrung in der Diagnostik und Therapie der Folgezustände der Poliomyelitis sowie des Post-  
 95 Polio-Syndroms. Vor diesem Hintergrund werden diese Diagnosen in die Anlage zu  
 96 neuromuskulären Erkrankungen aufgenommen.

97 M60.1- Interstitielle Myositis

98 Myositiden, wie beispielsweise die Einschlusskörperchenmyositis sind seltene  
 99 Muskelerkrankungen, die zu einer progredienten Bewegungseinschränkung sowie zu erhöhter  
 100 Morbidität durch Beteiligung extramuskulärer Organe wie Lunge und Herz führen können.  
 101 Interstitielle Myositiden können auch bei [Kollagenosen](#), wie der [Dermatomyositis](#), vorkommen.

102 Ihre Diagnose und Therapie gestaltet sich oft schwierig und können eine besondere Expertise  
 103 der behandelnden Ärzte benötigen. Vor diesem Hintergrund werden sie in die Anlage  
 104 neuromuskuläre Erkrankungen aufgenommen.

105 M63.3\* Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Myositis bei  
 106 Sarkoidose

107 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19.12.2019 die Anlage 2 Buchstabe e –  
 108 schwerwiegende Immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose  
 109 beschlossen. Diese befasst sich ausschließlich mit der Diagnostik und Therapie der  
 110 Sarkoidose und ihren Folgezuständen, sodass der Code M63.3 an dieser Stelle gestrichen  
 111 wird.

112 G73.6\* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

113 Als Kreuzschlüsselnummer kann in der ICD-10 jede primäre Schlüsselnummer verwendet  
 114 werden, wenn die Kombination medizinisch sinnvoll ist; sie sind also nicht an die mit einem  
 115 Kreuz markierten Schlüsselnummern gebunden. Im ICD-Kode G73.6\* sind daher die  
 116 Stoffwechselerkrankungen Morbus Pompe (LGMD2V) und McArdle inkludiert.

117

<p><b>PatV</b></p> <p>Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita</p> <p>Die angeborenen Einschränkungen von Gelenkbewegung bedürfen einer interdisziplinären Betreuung. Die Symptomatik der motorischen Beeinträchtigungen mit oftmalig atrophischen Zügen und Paresen u.a. Skoliosen müssen einer spezialfachärztlichen, interdisziplinären Konsultation unterzogen werden.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, KBV</b></p> <p>[streichen]</p>
--	---

118

## 119 2.2.2 Behandlungsumfang

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

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

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

### 132 Diagnostik

133 Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen erfolgte im Grundsatz in Anlehnung an die  
 134 bisher in Kraft getretenen Regelungen der ASV-RL Anlage 2.

135 Für die häufig degenerativen Erkrankungsbilder werden spezielle Testverfahren im Bereich  
 136 Mobilität, Gehfähigkeit, allgemeine Motorik/Sensorik genutzt, um sowohl die Diagnostik zu  
 137 vereinfachen und zu präzisieren als auch konkrete Therapieentscheidung zu treffen.

138 Beispiele für standardisierte Test im Bereich der NME: u.a. Standardisierte motorische Tests  
 139 CHOP-INTEND, HFMSE, RULM, 6MWT, ALSFRS-R (ALS Functional Rating Scale - Revised),  
 140 einen Upper Motoneuron Score, FAB (Frontal Assessment Battery))

### 141 Behandlung

142 Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen,  
 143 Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß  
 144 Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen  
 145 und von Behandlungsspätfolgen.

146 Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines  
 147 abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu  
 148 vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 4  
 149 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten  
 150 spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung  
 151 von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz  
 152 4 ASV-RL erfüllt sind.

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

155 Für die Behandlung der spinalen Muskelatrophie sind Medikamente wie beispielsweise  
 156 Nusinersen zugelassen, die intrathekal verabreicht werden. Zu diesem Zweck erfolgt eine  
 157 Lumbalpunktion mit anschließender Medikamenteninjektion. Beides sollte entsprechend der  
 158 Fachinformation zu Nusinersen durch Ärzte erfolgen, die Erfahrung in der Durchführung von  
 159 Lumbalpunktionen haben. Im Fall von Nusinersen erfolgt die intrathekale Verabreichung  
 160 mehrmals. Die Anwendung erfolgt in der Regel im Rahmen eines stationären Aufenthaltes.  
 161 Sie kann in Ausnahmefällen jedoch auch ambulant erfolgen, sofern der Patient dies wünscht,  
 162 sein Gesundheitszustand dies zulässt und Vorbehandlungen unkompliziert waren.

### 163 **Beratung**

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

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

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

173 Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Durch die  
 174 Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen, die für seine  
 175 Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des Patienten bleibt  
 176 bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von Patienten- bzw.  
 177 Selbsthilfeorganisationen hin.

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

### 180 **Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen** 181 **Bewertungsmaßstabes (EBM) sind, wurden aufgenommen:**

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

188 Für die spinale Muskelatrophie ist eine intrathekale Therapie zugelassen. Der EBM sieht  
 189 derzeit nur eine Lumbalpunktion zur diagnostischen Abklärung vor. Daher wird die  
 190 entsprechende Leistung als neue Abschnitt-2-Leistung abgebildet.

191 In der Diagnostik von neuromuskulären Erkrankungen nimmt die ergänzende PET; PET/CT  
 192 bei negativem oder bleibend unklaren Befunden der konventionellen Untersuchungen einen  
 193 zunehmenden Stellenwert ein.

194 Bei einer Myasthenia gravis ist in Einzelfällen ein ergänzendes Ganzkörper- PET; PET/CT mit  
 195 F-18-Fluorodesoxyglukose (FDG- PET; PET/CT) zum Ausschluss eines (postoperativen)  
 196 Thymomrezidiv notwendig, sofern sich kein Anhalt in Standarduntersuchungen (CT-Thorax,  
 197 MRT Thorax, ggf. Bronchoskopie) ergab.

198 Dem Lambert-Eaton-Syndrom liegt in ca. 60% ein Malignom zugrunde, meist ein kleinzelliges  
 199 Bronchialkarzinom (SCLC), seltener auch nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom,  
 200 Prostatakarzinom, Thymom oder Lymphom. Standarddiagnostik zum Ausschluss eines  
 201 Bronchialkarzinoms oder Thymoms sind eine CT- oder MRT-Untersuchung des Thorax, in der

202 Regel ergänzt durch eine Bronchoskopie. Durch eine PSA-Bestimmung kann ein  
 203 Prostatakarzinom ausgeschlossen werden oder bei erhöhten Werten weitere Diagnostik  
 204 veranlasst werden. Hinweise auf ein Lymphom geben die klinische Untersuchung der  
 205 Lymphknoten und das CT/MRT des Thorax und Abdomens. Gelingt durch diese  
 206 Untersuchungen ein Tumornachweis nicht, wird ergänzend zur Erhöhung der Sensitivität eine  
 207 FDG-PET/CT- Untersuchung angeschlossen.

208 Etwa 30% aller Dermatomyositiden (DM) und 15% aller Polymyositiden (PM) sind  
 209 tumorassoziiert. Prinzipiell kann jede Art von Tumor eine paraneoplastische DM oder PM  
 210 induzieren. Zeigen sich tumorsuspekte, nicht eindeutige Befunde in der jeweils indizierten,  
 211 konventionellen Diagnostik (wie Bronchoskopie, Gastroduodenoskopie, Koloskopie, MRT von  
 212 Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Antikörperdiagnostik), kann ergänzend eine FDG-  
 213 PET/CT- Untersuchung angeschlossen werden.

214

<p><b>DKG, PatV</b></p> <p>Im EBM ist der Wechsel einer Trachealkanüle über die GOP 09350 abgebildet. Diese GOP ist jedoch im EBM dem Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde vorbehalten. Auch bei Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen kann eine langfristige Versorgung mit einer Trachealkanüle indiziert sein, sodass der Wechsel der Trachealkanüle in regelmäßigen Abständen erforderlich wird. Ein solcher Wechsel wird in der Praxis auch von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie sowie Fachärzten für Neurologie durchgeführt, sodass diese Leistung im Behandlungsumfang ergänzt wird.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	---

215

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

217 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

218 Die Regelungen zu den personellen Anforderungen wurden entsprechend der bisherigen  
 219 Anlagen der ASV-RL in ihrer Struktur grundsätzlich übernommen und spezifisch für die  
 220 neuromuskulären Erkrankungen definiert.

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

224 **a) Teamleitung**

225 Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt  
 226 werden.

227 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die  
 228 Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und  
 229 Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen.

230

<p><b>DKG</b></p> <p>Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikation möglich.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

231

232 In dieser/diesen Fachdisziplin/en ist die jeweilige Facharztqualifikation mit spezifischem Fokus  
 233 auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden. Der G-BA ermöglicht diesen Fachgruppen auf  
 234 diesem Wege, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln,  
 235 die Leitungsfunktion.

#### 236 **b) Kernteam**

237 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine  
 238 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie  
 239 oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-  
 240 und Jugend-Kardiologie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
 241 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie vorgesehen, da die Expertise eines  
 242 Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist.

243 Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen  
 244 Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit der genannten Zusatz-Weiterbildung oder  
 245 den genannten Schwerpunkten bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines  
 246 Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikationen möglich,  
 247 falls sonst die Teambildung erschwert würde.

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

#### 251 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

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

- 254 - Augenheilkunde
- 255 - Humangenetik
- 256 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 257 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 258 - Neuropathologie

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

#### 261 *Innere Medizin und Gastroenterologie*

262 Neuromuskuläre Erkrankungen können einerseits durch Stoffwechselstörungen bedingt sein,  
 263 andererseits aber auch zu einer Behinderung der Nahrungsaufnahme führen. Eine Fachärztin  
 264 oder ein Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie kann beispielsweise durch die  
 265 Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie zur Therapie beitragen und wird  
 266 deshalb in das Team aufgenommen.

#### 267 *Nuklearmedizin*

268 Im Rahmen der Diagnose von Tumorerkrankungen bei Verdacht auf ein paraneoplastisches  
 269 Syndrom können PET; PET/CT-Untersuchungen zum Einsatz kommen. Für deren  
 270 Durchführung wird die Facharztgruppe Nuklearmedizin unter den hinzuzuziehenden  
 271 Fachärztinnen und Fachärzten ergänzt.

#### 272 *Laboratoriumsmedizin*

273 Labormedizinische Untersuchungen werden routinemäßig im Rahmen der Diagnostik und  
 274 Therapie von neuromuskulären Erkrankungen, deren Folgeerscheinungen oder auch von  
 275 Therapienebenwirkungen eingesetzt. Zur Durchführung der entsprechenden Untersuchungen  
 276 wird die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin unter den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und  
 277 Fachärzten ergänzt.

278 *Pathologie*

279 Im Rahmen der Diagnostik dieser weitgefächerten Anlage ist die Einbindung sowohl der  
 280 neuropathologischen als auch der pathologischen Fachexpertise medizinisch erforderlich.  
 281 Daher wird die Facharztgruppe Pathologie in der dritten Ebene des Behandlungsteams  
 282 ergänzt, für den Fall, dass die an der ASV teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für  
 283 Neuropathologie nicht über die hier relevante pathologische Expertise entsprechend der  
 284 Weiterbildungsinhalte der jeweiligen MWBO verfügen. Analog dazu kann auf die Teilnahme  
 285 der Facharztgruppe Neuropathologie dann verzichtet werden, wenn die Fachärztinnen und  
 286 Fachärzte für Pathologie über die für diese Anlage relevante neuropathologische Expertise  
 287 entsprechend der Weiterbildungsinhalte der jeweiligen MWBO verfügen.

288 *Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder*  
 289 *Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher*  
 290 *Psychotherapeut*

291 Neuromuskuläre Erkrankungen können zu psychischen Belastungen von Patienten führen,  
 292 insbesondere wenn sie chronisch verlaufen oder mit einer reduzierten Lebenserwartung  
 293 einhergehen. Um Patienten die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung zu bieten, muss  
 294 mindestens eine der Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische  
 295 Medizin und Psychotherapie, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder  
 296 Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut im Team verfügbar sein

297 *Radiologie*

298 Radiologische Untersuchungen werden routinemäßig im Rahmen der Diagnostik und Therapie  
 299 von neuromuskulären Erkrankungen, deren Folgeerscheinungen oder auch von  
 300 Therapienebenwirkungen eingesetzt. Zur Durchführung der entsprechenden Untersuchungen  
 301 wird die Fachgruppe Radiologie unter den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten  
 302 ergänzt.

303 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
 304 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und  
 305 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder

306 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung  
 307 Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und  
 308 Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin  
 309 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein  
 310 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-  
 311 Rheumatologie benannt werden.

312 Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen  
 313 Verfügbarkeit dieser Fachgruppen bestehen und im Kernteam bereits ein Kinder- und  
 314 Jugendmediziner vorhanden sein muss, falls das Team Kinder und Jugendliche behandelt, hat  
 315 dieser hier ausdrücklich eine „Kann“-Regelung vorgesehen.

316 **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

319 Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet  
 320 werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a.  
 321 eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren  
 322 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem  
 323 Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozialen Beratungsangeboten“.  
 324 Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie  
 325 entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf  
 326 indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der

- 327 Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapielevanten Informationsaustausch  
 328 ermöglichen.  
 329 – Ergotherapie  
 330 – Physikalische Therapie  
 331 – Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)

332 Die ABK-RL sah eine kontinuierliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit an der Versorgung  
 333 von Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen beteiligten Einrichtungen vor.  
 334 Neuromuskuläre Erkrankungen gehen häufig mit einer Einschränkung der Motorik einher.  
 335 Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie physikalische Therapie  
 336 können zur Wiederherstellung, Besserung oder dem Erhalt von motorischen Funktionen  
 337 beitragen, weshalb die Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachdisziplinen bzw.  
 338 Einrichtungen unter den sächlichen und organisatorischen Anforderungen in die ASV  
 339 übernommen wird.

- 340 – ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege  
 341

<p><b>GKV-SV, DKG, KBV</b></p> <p>(möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)                  Betreffen die Einschränkungen die Atemmuskulatur oder den Schluckakt kann eine Versorgung mit einer Trachealkanüle oder einer PEG-Sonde erforderlich werden. Für diese Fälle wird die Zusammenarbeit mit entsprechend erfahrenen Pflegediensten ebenfalls unter den sächlichen und organisatorischen Anforderungen in die ASV übernommen.</p>	<p><b>PatV</b></p> <p>mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Tracheostoma und PEG-Sonden</p>
--	--

342 Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht  
 343 eingeschränkt.

344

<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Bei einigen Patienten mit der Diagnose G12.- (Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome) kann die Anwendung von Onasemnogene abeparvovec eine Therapieoption sein. Für die Feststellung der Anwendungsvoraussetzungen, die Anwendung von Onasemnogene abeparvovec und die Nachsorge hat der G-BA im „Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Onasemnogene abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie“ vom xx.xx.2020 (zum Entwurf dieses Beschlusses wird derzeit ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt: <a href="https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/beratungsthemen/4414/">https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/beratungsthemen/4414/</a>) für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sowie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer verbindliche Qualitätsanforderungen festgelegt. Das ASV-Team muss mit Einrichtungen zusammenarbeiten, welche diese Qualitätsanforderungen erfüllen, damit Patienten, bei denen die Anwendung von Onasemnogene abeparvovec indiziert ist,</p>	<p><b>DKG, KBV, PatV</b></p> <p>Im Rahmen der vorliegenden Anlage können neben Patienten mit spinaler Muskelatrophie auch Patienten mit anderen neuromuskulären Erkrankungen behandelt werden, bei denen keine Therapie mittels Onasemnogene abeparvovec indiziert ist. Da sich auch Teams bilden können, die keine Patienten mit Indikation zur Therapie mittels Onasemnogene abeparvovec behandeln, ist eine verpflichtende Zusammenarbeit mit Einrichtungen die die Anforderungen gemäß dem „Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Onasemnogene abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie“ vom xx.xx.2020 erfüllen, nicht für alle Teams erforderlich.</p>
---	---



gegebenenfalls zügig und koordiniert eine Weiterbehandlung in geeigneten Einrichtungen ermöglicht werden kann.“	
---	--

345

346 Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung unter Nummer 3.2 b) wurde aus fachlichen  
347 Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Fachärztin  
348 bzw. ein Facharzt Rufbereitschaft leisten muss. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die  
349 24-Stunden-Erreichbarkeit für ihre Patienten bereits gelebte Praxis.

### 350 2.2.3.3 Dokumentation

351 Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine  
352 Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV.

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

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

### 359 2.2.3.4 Mindestmengen

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

362

#### **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 neuromuskulären Erkrankungen mitbringen müssen.

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

#### **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 Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden



<p>ABK-RL in die ASV-RL übernommen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.</p> <p>Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder 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 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.</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>	<p>könne, so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.</p> <p>Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen entwickelt wird.</p>
--	---

363

#### 364 2.2.4 Überweisungserfordernis

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

367 Gemäß § 8 Satz 12 ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine  
368 Verdachtsdiagnose die Überweisung in die ASV. Da es sich um eine lebenslange Erkrankung  
369 handelt, wurde auf eine Befristung der Überweisung verzichtet.

#### 370 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

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

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

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

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

393 Grundlage für den Ziffernkranz bei neuromuskulären Erkrankungen ist der Einheitliche  
 394 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des  
 395 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten  
 396 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)  
 397 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen  
 398 des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020. Ebenfalls wird in der Präambel auf das  
 399 Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden  
 400 Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a  
 401 SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfanges  
 402 bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss  
 403 nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung  
 404 fest.

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

#### 414 **Abschnitt 1:**

##### 415 **Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:**

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

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

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

432 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

433 Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des  
 434 Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den erkrankungsspezifischen  
 435 Regelungen vorgesehen sind, die z. B. Koordination der Behandlung, Verfassen von  
 436 Gutachten oder Erstellen von Kurplänen betreffen, sind innerhalb des EBM im Bereich II  
 437 abgebildet. Die entsprechenden GOP wurden dem Kernteam zugeordnet, da dieses gemäß  
 438 § 3 ASV-RL die Aufgabe hat, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen  
 439 und Patienten fachlich und organisatorisch zu steuern.

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

442 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

471 Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

472 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen  
 473 ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen  
 474 und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen in Frage kommen.

475 Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

476 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

483 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

484 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

498 **Abschnitt 2:**

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

501 **3. Bürokratiekostenermittlung**

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

506 **4. Verfahrensablauf**

507 Am **T. Monat JJJJ** begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw.  
 508 am **T. Monat JJJJ** die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des  
 509 Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im  
 510 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende  
 511 **Tabelle**)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
13. November 2019	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 2 d) neuromuskuläre Erkrankungen
17. Dezember 2019	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfes

14. Januar 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
22. Januar 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
27. Februar 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
16. April 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
7. Mai 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. Mai 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
3. Juni 2020	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung des Appendix
18. Juni 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
14. Juli 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
30. Juli 2020	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
18. August 2020	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
20. August 2020	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
9. September 2020	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
	AG ASV	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
11. November 2020	UA ASV	Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
17. Dezember 2020	Plenum	Beschlussfassung

## 512 Stellungnahmeverfahren

513 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den  
514 Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten  
515 Organisationen (vgl. **Anlage III**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des  
516 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante  
517 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 d) neuromuskulären Erkrankungen)  
518 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt  
519 sind.

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

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

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

532 Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der/den  
533 stellungnahmeberechtigten Organisation/Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat**  
534 **JJJJ** zur Anhörung im Rahmen des Stellungenverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl.  
535 **Anlage V**).

## 536 **5. Fazit**

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

539 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

## 540 **6. Literaturverzeichnis**

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

## 545 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

546 Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

547 Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

548 Anlage III: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf  
549 zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b  
550 SGB V: Anlage 2 b inklusive der Tragenden Gründe

551 Anlage IV: Stellungnahmen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die  
552 Informationsfreiheit, der Bundesärztekammer, der Bundespsycho-  
553 therapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer

554 Anlage V: Auswertung der Stellungnahmen inklusive Wortprotokoll zur Anhörung

555

556 Berlin, den T. Monat JJJJ

557 Gemeinsamer Bundesausschuss  
558 gemäß § 91 SGB V  
559 Der Vorsitzende

560

561 Prof. Hecken



Stellungnahme

---

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung  
§ 116b SGB V**  
Ergänzung der Anlage 2 – Buchstabe d Neuromuskuläre  
Erkrankungen

---

**28.09.2020**

**Änderungsvorschlag zum Appendix des Beschlussentwurfs „Neuromuskuläre Erkrankungen“ Anlage 2 d) ASV-RL Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen [GOP] des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]) für das 4. Quartal 2020**

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

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

Die Leistungen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ dienen der zeitnahen diagnostischen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung der Patient\*in indiziert sind. Sie umfassen maximal 6 x 25 Minuten bei Erwachsenen oder 10 x 25 Minuten bei Kindern und Jugendlichen. Die Erbringung dieser Leistungen im Rahmen der ASV sichert aufgrund der strukturierten Zusammenarbeit, die zwischen Kernteam und hinzuzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die Patient\*innen und fördert eine zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen aufeinander abgestimmte und koordinierte Versorgung, wie sie ausdrückliches Ziel der ASV ist. Bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmeständen sollte sich im Rahmen der ASV eine psychotherapeutische Akutbehandlung unmittelbar anschließen können. Aus Sicht der BpTK sollte daher die „Psychotherapeutische Akutbehandlung“ (EBM-Ziffer 35152) ebenfalls in Abschnitt 1 des Leistungskatalog 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\*in 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 Richtlinienpsychotherapie erforderlich macht, eine weitere psychotherapeutische Beratung und Begleitung aber indiziert ist, dann sollte auch diese, wie in dem Beschlussentwurf vorgeschlagen, im Rahmen der ASV erfolgen. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie sollte entsprechend auf die Behandlungsangebote außerhalb der ASV verwiesen werden.



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin

per E-Mail an:

[REDACTED]

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

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799 [REDACTED]

FAX (0228) 997799 [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 07.10.2020

[REDACTED]

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

BETREFF

**Änderung der ASV-RL: Ergänzung Anlage 2d) Neuromuskuläre Erkrankungen (2020)**

Ihr Schreiben vom 11. September 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine Stellungnahme gebe ich zur Änderung der ASV-RL: Ergänzung der Anlage 2d) Neuro-  
muskuläre Erkrankungen (Anlage 1a einschließlich Anlage 1b (Appendix)), nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

[REDACTED]

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



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 09.10.2020

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

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456  
Fax +49 30 400 456

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte  
Frau [REDACTED]  
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 Anlage 2d) Neuromuskuläre Erkrankungen**

*Ihr Schreiben vom 11.09.2020*

Sehr geehrte [REDACTED]

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 11.09.2020, in welchem der Bundesärztekammer  
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Ergänzung der Anlage 2 d)  
„Neuromuskuläre Erkrankungen“ (ASV-RL) gegeben wird.

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

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]  
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH  
Leiter Dezernat 3



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

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

per E-Mail:

[REDACTED]  
[REDACTED]

Ihr Schreiben vom  
11. September 2020

Durchwahl

[REDACTED]

Datum  
09. Oktober 2020

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

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):  
Ergänzung Anlage 2d) Neuromuskuläre Erkrankungen**

Sehr geehrte [REDACTED]

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung der ASV-Richtlinie bezüglich der Ergänzung Anlage 2d) Neuromuskuläre Erkrankungen.

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

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

[REDACTED]

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Stand: 12.11.2020

## **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 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen**

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 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen

## Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

### I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	28. September 2020	Stellungnahme
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	7. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird Stellungnahme
Bundesärztekammer (BÄK)	9. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	9. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

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 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen

## Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde im schriftlichen Verfahren durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 11. November 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
<b>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 28.09.2020</b>			
1.1	BPtK / 28.September 2020	<p><b>Änderungsvorschlag zum Appendix des Beschlussentwurfs „Neuromuskuläre Erkrankungen“ Anlage 2 d) ASV-RL Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen [GOP] des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]) für das 4. Quartal 2020</b></p> <p>Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass in Abschnitt 2 des Appendix zur Indikation „Neuromuskuläre Erkrankungen“ die psychotherapeutischen Gesprächsziffern als Einzel- und Gruppenbehandlung bei Erwachsenen aufgenommen wurden (EBM-Ziffern 51030, 51032). Sie ermöglichen eine fachlich angemessene psychotherapeutische Beratung und Begleitung bei (ausgeprägten) psychischen Belastungen und zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.</p> <p>Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nach entsprechendem Auftrag durch das Kernteam, zunächst eine diagnostische Abklärung der psychischen Symptomatik und Indikationsstellung erfolgt, um dann gezielt die erforderlichen Maßnahmen veranlassen zu können. Diese diagnostische Abklärung</p>	<p>Die psychotherapeutische Sprechstunde ist eine Leistung des EBM, die für einen niederschweligen Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung (Erstzugang für Versicherten zur Psychotherapie) geschaffen wurde und der Grundversorgung zugeordnet wird. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob und wie eine Weiterbehandlung erfolgen soll. Für die ASV hat der G-BA geregelt, dass bei bestehender Notwendigkeit dem Patienten ein zeitgerechter Zugang zur psychotherapeutischen Betreuung durch das ASV-Team strukturell gewährleistet wird. Daher ist für die ASV die Aufnahme dieser Leistung in den Behandlungsumfang nicht erforderlich.</p>

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 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 11. November 2020) <b>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</b>
		<p>findet nicht im Kernteam der ASV, in dem keine psychotherapeutische Fachexpertise vertreten ist, sondern gemäß der Struktur der ASV auf der dritten Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzt*innen statt. Bei Hinweisen auf eine hohe psychische Belastung wird die Patient*in vom Kernteam an eine Psychotherapeut*in bzw. eine entsprechend qualifizierte Fachärzt*in überwiesen, zu der gemäß den Anforderungen der ASV-Richtlinie eine strukturierte Kooperation bestehen muss. Deren Aufgabe ist es dann, eine entsprechende diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Behandlung durchzuführen. Aus diesem Grund hält es die BPTK für sinnvoll, die „Psychotherapeutische Sprechstunde“ (EBM-Ziffer 35151) in den Leistungskatalog der ASV im Abschnitt 1 aufzunehmen.</p> <p>Die Leistungen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ dienen der zeitnahen diagnostischen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt und welche spezifischen Hilfen in der weiteren Versorgung der Patient*in indiziert sind. Sie umfassen maximal 6 x 25 Minuten bei Erwachsenen oder 10 x 25 Minuten bei Kindern und Jugendlichen. Die Erbringung dieser Leistungen im Rahmen der ASV sichert aufgrund der strukturierten Zusammenarbeit, die zwischen Kernteam und hinzuzuziehender Fachebene besteht, einen besseren Zugang für die Patient*innen und fördert eine zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen aufeinander abgestimmte und koordinierte Versorgung, wie sie ausdrückliches Ziel der ASV ist. Bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmeständen sollte sich im Rahmen der ASV eine psychotherapeutische Akutbehandlung unmittelbar</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 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 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 11. November 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>anschließen können. Aus Sicht der BPtK sollte daher die „Psychotherapeutische Akut-behandlung“ (EBM-Ziffer 35152) ebenfalls in Abschnitt 1 des Leistungskatalog 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*in 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 ist, dann sollte auch diese, wie in dem Beschlussentwurf vorgeschlagen, im Rahmen der ASV erfolgen. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie sollte entsprechend auf die Behandlungsangebote außerhalb der ASV verwiesen werden.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe d Neuromuskuläre Erkrankungen

## II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 11. September 2020 eingeladen bzw. im Unterausschuss ASV angehört:

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