

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)**

Vom 21. März 2013

### **Inhalt**

1. Rechtsgrundlage.....	2
1.1 Hintergrund.....	2
1.2 Rechtsgrundlagen für die ASV-RL.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	2
2.1 Aufbau .....	2
2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen .....	3
3. Bürokratiekosten.....	11
4. Verfahrensablauf .....	12
5. Auswertung des Stellungnahmeverfahrens.....	15
Anlagenverzeichnis .....	15

## **1. Rechtsgrundlage**

### **1.1 Hintergrund**

Gemäß § 116b Absatz 2 SGB V in der vor dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) geltenden Fassung war ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach § 116b Absatz 3 und 4 SGB V (alte Fassung) genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden war. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte nach § 116b Absatz 4 SGB V den Auftrag, den gesetzlichen Katalog um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen zu ergänzen und die sächlichen und personellen Anforderungen für die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses festzulegen. Hierzu hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) erlassen und in den Jahren 2004 bis 2011 Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen in der Richtlinie konkretisiert.

### **1.2 Rechtsgrundlagen für die ASV-RL**

Mit der Neufassung des § 116b SGB V durch das insoweit am 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-VStG hat der Gesetzgeber einen neuen Versorgungsbereich – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – geschaffen.

In diesem neuen Versorgungsbereich sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unter grundsätzlich gleichen Bedingungen Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen behandeln sowie hochspezialisierte Leistungen erbringen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer Richtlinie das Nähere zur ASV.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Aufbau**

Die Richtlinie hat mehrere Anlagen. Sie regelt die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen konkretisierten schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gemeinsam gelten.

In den Anlagen werden die Erkrankungen und Leistungen, die Gegenstand der ASV sind, konkretisiert. Die Konkretisierung erfolgt in der Regel über ICD-Kodes; gegebenenfalls auch über weitere vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegende Merkmale. In den Konkretisierungen werden jeweils erkrankungsspezifisch der Behandlungsumfang bestimmt

sowie die personellen und sächlichen Anforderungen sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung geregelt.

## **2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Zu § 1 – Rechtsgrundlage und Geltungsbereich**

Die Vorschrift benennt die gesetzlichen Grundlagen und den Regelungsgegenstand der Richtlinie. In Absatz 2 der Vorschrift wird der Regelungsinhalt der Anlagen benannt.

In Absatz 2 Satz 3 wird klargestellt, dass die Frist des Bewertungsausschusses für die Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und die Aufhebung der Bestimmungen von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung nach der ABK-RL durch das Land leistungs- bzw. erkrankungsbezogen erst dann beginnt, wenn der Beschluss des G-BA zu den in den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen in Kraft getreten ist. Hierdurch wird auch verdeutlicht, dass der Paragraphenteil seine rechtliche Wirksamkeit erst mit Inkrafttreten der Anlagen entfaltet. D.h. er gilt grundsätzlich nur für diejenigen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen, für die der G-BA in den Anlagen die spezifischen Anforderungen geregelt hat. Auch die Anzeigen an die erweiterten Landesausschüsse nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V sind erst dann tatsächlich möglich und rechtlich wirksam, wenn die Konkretisierungen in den Anlagen erfolgt sind.

Absatz 3 verweist für das Verfahren zur Ergänzung des Katalogs nach § 116b Absatz 5 SGB V auf die Regelung der Verfahrensordnung im 3. Kapitel, welches vor einer Ergänzung des Katalogs unter Berücksichtigung der Neufassung des § 116b SGB V ebenfalls noch überarbeitet wird.

Die Vorschriften der Richtlinie beziehen sich im Allgemeinen nur auf Fachärztinnen und Fachärzte. § 1 Absatz 4 dient der Klarstellung, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Zahnärztinnen und Zahnärzte ebenfalls an der ASV teilnehmen können, wenn sie in den Konkretisierungen genannt sind. Diese Klarstellung ändert nichts an dem zwingenden Charakter der personellen Voraussetzungen in den Anlagen. Für die jeweilige Erkrankung oder Leistung sind die teilnehmenden Leistungserbringer in den Anlagen abschließend genannt.

### **Zu § 2 – Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)**

#### **Zu § 2 Absatz 1**

Die Vorschrift definiert in Satz 1 aufbauend auf § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV.

Nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser als ASV-Berechtigte Leistungen im Rahmen der ASV erbringen, sofern sie die Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie erfüllen.

In Satz 2 wird festgelegt, dass die ASV regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team erfordert. Wenn bei bestimmten Indikationen allein die besondere Expertise einer einzelnen Ärztin bzw. eines einzelnen Arztes oder besondere technische Anforderungen die Zugehörigkeit zur ASV begründen, wird dies entsprechend in den Konkretisierungen geregelt.

Satz 3 stellt klar, dass Leistungserbringer, die im Rahmen der ASV kooperieren, nicht gemeinsam die ASV-Berechtigung erlangen, sondern als einzelne ASV-Berechtigte handeln.

## **Zu § 2 Absatz 2**

Die ASV-Berechtigung setzt nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V neben der Erfüllung der in dieser Richtlinie geregelten Voraussetzungen eine Anzeige der Leistungserbringer bei dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V unter Beifügung entsprechender Belege voraus.

Mit der Vorschrift in Satz 2 wird klargestellt, dass bei der Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V unter anderem auch vertragliche Vereinbarungen nachzuweisen sind, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gegebenenfalls erforderlich sind.

Mit der Regelung in Satz 3 wird klargestellt, dass Leistungserbringer, die zur Erfüllung der in dieser Richtlinie geregelten Anforderungen Kooperationen mit anderen Leistungserbringern eingehen, die Teilnahme an der ASV gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzeigen sollen. Damit soll klargestellt werden, dass ein sich aus kooperierenden Leistungserbringern zusammensetzendes Team gemeinsam anzeigt und nicht eine Vielzahl von Anzeigen bei dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V eingeht.

Mit Satz 4 wird vorgegeben, dass bei der Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V die Mitglieder des Kernteams namentlich zu benennen sind.

Mit Satz 5 wird klargestellt, dass für die hinzuzuziehenden Ärztinnen und Ärzte eine institutionelle Benennung ausreichend ist. Beispielsweise für den Fall, dass die dritte Ebene des Behandlungsteams durch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein Krankenhaus sichergestellt wird, wäre damit eine Benennung dieser Institution ausreichend und es müsste bei einem Wechsel der innerhalb der Institution angestellten Ärztinnen bzw. Ärzte keine Änderungsmitteilung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V erfolgen. Davon unberührt bleiben Anzeigepflichten, wenn die Institution durch einen Personalabgang die Versorgung durch eine bestimmte Facharztgruppe nicht mehr gewährleisten kann. Erfolgt die Kooperation für hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte mit einer oder einem in Einzelpraxis niedergelassenen Fachärztin oder Facharzt, ist auch diese bzw. dieser namentlich zu benennen. Mit den Sätzen 1 - 5 wird der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V in die Lage versetzt, das Erfüllen der Anforderungen zu prüfen.

In den Sätzen 6 und 7 wird die gesetzliche Pflicht nach § 116b Absatz 2 Satz 6 SGB V dahingehend konkretisiert, dass berechtigte Leistungserbringer bei der Meldung die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Teams benennen. Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

## **Zu § 2 Absatz 3**

§ 2 Absatz 3 Satz 1 nennt zwei mögliche Beendigungstatbestände der ASV-Berechtigung. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

In Absatz 3 Sätze 3 und 4 wird die Pflicht der Anzeige des ASV-Berechtigten gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V bei Ausscheiden eines Teammitglieds und die Frist, innerhalb der ein neues Teammitglied zu benennen ist, geregelt. Sofern eine personelle Voraussetzung (z.B. Fachgebiet Augenheilkunde bei einem Mitglied des Kernteams) parallel durch verschiedene Teammitglieder erfüllt wird (zwei Augenärztinnen oder Augenärzte befinden sich im Kernteam), bedarf es bei Ausscheiden eines Mitglieds nur der Anzeige nach § 2 Absatz 3 Satz 3 und nicht zwingend der Neubenennung nach § 2 Absatz 3 Satz 4.

Satz 6 stellt klar, dass der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V die Berechtigung für die übrigen Teammitglieder zu entziehen hat, wenn innerhalb der Frist

kein Ersatz für das ausgeschiedene Teammitglied gefunden wurde, also das interdisziplinäre Team nicht mehr vollständig ist und damit die Voraussetzung für eine Berechtigung nicht mehr vorliegt. Dies ergibt sich aus § 116b Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V mit der zugehörigen Begründung zum GKV-VStG, dass Leistungserbringer, die an der ASV teilnehmen, ihre Teilnahmeberechtigung „nicht nur zu Beginn, sondern während der gesamten Dauer ihrer Teilnahme an der Versorgung erfüllen (müssen).“

#### **Zu § 2 Absatz 4**

Satz 1 regelt, dass zwischen den ärztlichen Mitgliedern des Kernteams für die Erbringung der in den jeweiligen Anlagen der Richtlinie definierten Leistungen kein Überweisungserfordernis besteht. Nach Satz 2 erbringen die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte die in den jeweiligen Anlagen der Richtlinie definierten ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen als ASV-Berechtigte auf Überweisung.

#### **Zu § 2 Absatz 5**

Diese Vorschrift stellt klar, dass die Teilnahme an der ASV für vertragsärztliche Leistungserbringer und für Krankenhäuser voraussetzt, dass der jeweilige Leistungserbringer in dem jeweiligen Bereich auch im Rahmen seiner vertragsärztlichen Zulassung oder seines stationären Versorgungsauftrages gemäß Landeskrankenhausplan Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen darf.

Damit soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser bzw. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte jeweils nur in Bereichen ASV-Leistungen erbringen, in denen sie durch die ambulante bzw. stationäre Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten auch Erfahrungen haben. Es ist damit z.B. ausgeschlossen, dass eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, der ausschließlich zur hausärztlichen Versorgung vertragsärztlich zugelassen ist, in einem ASV-Team die Facharztkompetenz Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ausfüllt.

Ebenso soll damit sichergestellt werden, dass z.B. für die Versorgung schwerer Verlaufsformen zerebraler Anfallsleiden das erforderliche Teammitglied mit einer Facharztqualifikation im Gebiet Neurologie nur dann von einem Krankenhaus gestellt werden kann, wenn dieses Krankenhaus selbst eine vollstationäre neurologische Versorgung vorhält.

### **Zu § 3 - Personelle Anforderungen**

#### **Zu § 3 Absatz 1**

Die Regelung in Satz 1 hebt hervor, dass die ASV regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team erfordert.

Abweichende Regelungen sind insoweit z.B. bei seltenen Erkrankungen oder hochspezialisierten Leistungen möglich, bei denen allein die besondere Expertise eines einzelnen Fachgebietes oder besondere technische Anforderungen die Zugehörigkeit zur ASV begründen und dies entsprechend in den Konkretisierungen definiert ist.

Satz 2 stellt klar, dass es nicht erforderlich ist, dass eine Einrichtung sämtliche personellen Anforderungen alleine erfüllt. Die personellen Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit können vielmehr auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen (Leistungskooperationen) erfüllt werden, die in unterschiedlichen Konstellationen innerhalb eines Sektors (intrasektoral – z.B. Vertragsarzt-Vertragsarzt, Vertragsarzt-MVZ, Krankenhaus-Krankenhaus) oder sektorenübergreifend (intersektoral – z.B. Krankenhaus-Vertragsarzt, Krankenhaus-MVZ) möglich sind.

#### **Zu § 3 Absatz 2**

In Satz 1 werden zunächst die drei Ebenen des interdisziplinären Teams benannt. Es handelt sich um die Teamleitung, das Kernteam und die hinzuzuziehenden Fachärztinnen

und Fachärzte. In den folgenden Sätzen werden die Ebenen des Teams funktionsbezogen definiert.

Nach Satz 2 hat die Teamleitung die Aufgabe, die Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren. Als Teamleitung werden in den Anlagen der Richtlinie erkrankungs- bzw. leistungsspezifisch die Fachgebiete oder Facharztkompetenzen vorausgesetzt, in deren Kernbereich die Behandlung der jeweiligen Erkrankung bzw. die Erbringung der jeweiligen Leistung fällt. Sind in den Anlagen mehrere Fachgebiete oder Facharztkompetenzen als Teamleitung benannt, kann die Leitung des Teams alternativ von einer der genannten Qualifikationen gewährleistet werden. Die Teamleitung gehört dem Kernteam an.

Das Kernteam besteht nach Satz 3 aus Fachärztinnen bzw. Fachärzten, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen.

Die geforderten Qualifikationen der Mitglieder des Kernteams sind erkrankungs- bzw. leistungsspezifisch in den Anlagen geregelt.

Satz 3 stellt klar, dass die in den Anlagen jeweils genannten Fachärzte obligatorisch eingebunden werden müssen, um eine interdisziplinär abgestimmte Versorgung sicherzustellen. Soweit bei einzelnen Indikationen ausgeschlossen werden kann, dass diagnostische und therapeutische Leistungen einer Facharztgruppe zur Behandlung eines Krankheitsbilds benötigt werden, kann auf die Einbindung der entsprechenden Facharztgruppe verzichtet werden.

Die Mitglieder des Kernteams müssen nach Satz 4 die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen. Dies ist z.B. durch das Angebot einer gemeinsamen Sprechstunde gegeben.

Die Regelung trägt dem interdisziplinären Ansatz der ASV Rechnung und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern. Außerdem soll mit der Vorschrift für die Patientin bzw. den Patienten gewährleistet werden, dass sie bzw. er, wie unter der ABK-RL bisher auch, einen erheblichen Teil der ASV an einem Ort in Anspruch nehmen kann. Mit der Vorschrift, dass die Mitglieder des Kernteams lediglich mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung die ASV-Leistungen anbieten müssen, soll ein unzumutbarer Aufwand für die Leistungserbringer vermieden werden.

Der Tätigkeitsort der Teamleitung ist für vertragsärztliche Leistungserbringer in der Regel der Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz). Tätigkeitsorte können aber auch der Standort einer Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisräume sein. Wird die Teamleitung von einer oder einem im Krankenhaus bzw. in einem MVZ angestellten Ärztin oder Arzt wahrgenommen, ist der Tätigkeitsort in der Regel der Standort des Krankenhauses bzw. des MVZ.

In Satz 5 wird geregelt, dass an immobile Apparate (z.B. MRT, CT) gebundene Leistungen sowie Labor- und Pathologieleistungen nicht zwingend am Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen sind.

Die Leistungen der hinzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sowie die direkt an der Patientin bzw. dem Patienten zu erbringenden Leistungen nach den Sätzen 6 und 8 müssen nicht am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht werden. Sie müssen jedoch in angemessener Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Im Kontext der Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und in Abhängigkeit vom Krankheitsbild ist in der Regel in diesem Versorgungsbereich eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten als angemessen anzusehen.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V soll bei den Anzeigen nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V jeweils unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen, des jeweiligen Krankheitsbildes sowie einer der Patientin bzw. dem Patienten zumutbaren Mobilität entscheiden, ob die Leistungserbringung nach Satz 6 und 8 sich in angemessener Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung befinden.

Mit der Regelung in Satz 6 soll sichergestellt werden, dass für die Patientin bzw. den Patienten weiterhin gewährleistet ist, dass er, trotz der Ausnahmeregelung für an immobile Apparate gebundene Leistungen, nicht unangemessen weite Wege zwischen den Mitgliedern des ASV-Berechtigten/Teams zurücklegen muss.

Als angemessene Entfernung werden in der Regel 30 Minuten angesehen. Innerhalb dieses Zeitraums muss der Transport einer Patientin oder eines Patienten von der Teamleitung zum Hinzuzuziehenden in der Regel möglich sein. In Einzelfällen kann auch eine Entfernung von mehr als 30 Minuten als angemessen gelten, wenn dadurch eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Gebieten mit einer geringen medizinischen Versorgungsdichte ermöglicht werden kann und keine vergleichbaren Alternativen zur Verfügung stehen.

In Satz 7 wird die dritte Ebene des Behandlungsteams – die hinzuzuziehenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte – definiert. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass ihre Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen bzw. Patienten ergänzend benötigt werden. Die Leistungen der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte müssen nicht am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht werden.

Sie müssen nach Satz 8 in angemessener Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung, d.h. in der Regel innerhalb von 30 Minuten, erreichbar sein.

Ziel dieser Regelung ist, dass die Patientin bzw. der Patient, ähnlich wie nach den Bestimmungen der ABK-RL, keine unangemessen weiten Wege für ihre bzw. seine Behandlung in Anspruch nehmen muss.

### **Zu § 3 Absatz 3**

In den Anlagen sind die geforderten Qualifikationen der Mitglieder des interdisziplinären Teams auf Grundlage der in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definierten Gebietsbezeichnungen sowie Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen geregelt.

### **Zu § 3 Absatz 4**

Die Vorschrift stellt in Satz 1 klar, dass die Diagnosestellung und leitende therapeutische Entscheidungen von den Mitgliedern des Teams persönlich zu treffen sind. Es gilt insoweit der Facharztstatus. Dieser gilt auch für die Vertretung von Teammitgliedern, z.B. bei Urlaub oder Krankheit.

Diese Vertretung ist bei einem länger als eine Woche dauernden Vertretungsfall beim erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzugeben. Andernfalls kann die Vertretung, die selbst keine Berechtigung hat, einen ASV-Berechtigten zu vertreten, keine Leistungen im Rahmen der ASV erbringen.

Ebenso ist die Vertretung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesellschaft zu melden.

Die Anzeigepflicht entfällt, wenn die ASV-Versorgung in einem Fachgebiet des Teams durch mehr als eine Fachärztin bzw. einen Facharzt sichergestellt wird und diese bzw. dieser bereits gegenüber dem zuständigen erweiterten Landesausschuss benannt wurde.

Mit der Regelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass auch zur Weiterbildung beschäftigte Ärztinnen und Ärzte entsprechend des Standes ihrer Weiterbildung in die Behandlung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Durch diese Regelung wird einerseits gewährleistet, dass die Kenntnisse und Erfahrungen der an der ASV teilnehmenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte auch im Rahmen der Weiterbildung an junge Ärztinnen bzw. Ärzte weitervermittelt werden. Andererseits trägt die Regelung der üblichen Arbeitsorganisation und Einbeziehung von Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten in Krankenhäusern, aber auch in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Rechnung.

### **Zu § 3 Absatz 5**

Absatz 5 stellt klar, dass die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen sowie sich regelmäßig in den jeweiligen Fachgebieten bzw. Schwerpunkten fortbilden müssen.

Mit dem Hinweis auf die Geltung der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V ist gewährleistet, dass die an der ASV teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte auch die persönlichen Voraussetzungen der in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Anforderungen für die Erbringung bestimmter Leistungen entsprechend erfüllen müssen.

### **Zu § 4 – Sächliche und organisatorische Anforderungen**

#### **Zu § 4 Absatz 1**

Die erkrankungs- und leistungsspezifischen sächlichen und organisatorischen Anforderungen werden in den Anlagen geregelt. Soweit das Vorhalten bestimmter Bereiche gefordert ist, kann dies auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen (Leistungskooperationen) gewährleistet werden.

Satz 3 stellt klar, dass, sofern die Konkretisierungen die Vorhaltung bestimmter Bereiche (Intensivstation, Notfalllabor oder 24-Stunden-Notfallversorgung) vorschreiben, diese, im Sinne der Patientensicherheit in diesem Versorgungsbereich, innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein müssen. Der Besonderheit, dass es sich hier um die Versorgung in Notfallsituationen handelt, wird im Sinne der Patientensicherheit Rechnung getragen. Daher ist der genannte räumliche Zusammenhang in § 4 Absatz 1 Satz 3 anders als in § 3 Absatz 2 Sätze 6 und 8 durch eine starre zeitliche Höchstgrenze von 30 Minuten definiert.

In die 24-Stunden-Notfallversorgung inkludiert sind zur Notfallversorgung erforderliche bildgebende Verfahren.

In Satz 4 und 5 wird klargestellt, dass weitere Berufsgruppen, beispielsweise Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten, wie im vertragsärztlichen Bereich einbezogen werden. Entsprechend erfolgt die Zusammenarbeit auf Grundlage einer Verordnung.

#### **Zu § 4 Absatz 2**

Mit dem Hinweis auf die Geltung der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V in Satz 1 ist gewährleistet, dass in der ASV für die Erbringung bestimmter Leistungen auch die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen einschließlich der Anforderungen an die Hygienequalität entsprechend erfüllt sein müssen.

Mit der Anforderung behindertengerechter Zugänge und Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung wird den besonderen Erfordernissen dieser Patientinnen und Patienten im Rahmen der medizinischen Versorgung Rechnung getragen. Eine Barrierefreiheit des Zugangs und der Räumlichkeiten ist anzustreben.

### **Zu § 5 – Behandlungsumfang**

#### **Zu § 5 Absatz 1**

Der Behandlungsumfang wird erkrankungs- oder leistungsbezogen in den Anlagen der Richtlinie geregelt.

Er wird in den Anlagen erkrankungs- oder leistungsbezogen inhaltlich definiert und in den Appendizes zusätzlich durch Gebührenordnungspositionen des EBM abschließend konkretisiert.



Die konkrete Beschreibung des Behandlungsumfanges ist zwingende Voraussetzung für eine spätere Umsetzung des § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V.

Satz 3 eröffnet im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser die Möglichkeit, in begründeten Fällen weitere, über die Auflistung hinausgehende Leistungen zu erbringen, um die Versorgung der Patientin bzw. des Patienten, ohne unzumutbare Arztwechsel, zu gewährleisten. Voraussetzung ist jedoch, dass die erbrachte Leistung in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung steht.

### **Zu § 5 Absatz 2**

Satz 1 greift die Vorgaben aus § 116b Absatz 1 Satz 3 SGB V auf, wonach auch solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfanges in der ASV sein können, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Satz 2 bestimmt, dass diesbezügliche Leistungen in den Anlagen aufgeführt werden.

### **Zu § 6 – Studienteilnahme**

Klinische Studien ermöglichen den Patientinnen bzw. Patienten einen Zugang zu innovativen Leistungen oder Therapieansätzen - deren Nutzen-Risiko-Verhältnisse noch nicht ausreichend erforscht sind - unter standardisierten Bedingungen nach den good clinical practice-Kriterien.

Die von der ASV erfassten komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Erkrankungen einerseits und die besondere Expertise der beteiligten Leistungserbringer andererseits erfordern in besonderem Maße, dass die an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer Patientinnen und Patienten über klinische Studien informieren und ihnen die Teilnahme ermöglichen.

Es ist dabei nicht erforderlich, dass ASV-Leistungserbringer die Studien selbst durchführen.

### **Zu § 7 – Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen**

Durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit der an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden die Leistungserbringer in die Lage versetzt, interessierte Patientinnen bzw. Patienten auf entsprechende Angebote hinzuweisen. Durch die Kooperation wird die Grundlage für einen fachlichen Austausch mit diesen Organisationen durch den Leistungserbringer geschaffen und es eröffnen sich für den Leistungserbringer zusätzliche Informationsmöglichkeiten zur Patientenperspektive.

### **Zu § 8 – Überweisungen**

Die Vorschrift regelt unter anderem, wann die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eine Überweisung voraussetzt. Der Erstkontakt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung kann nur bei einem Mitglied des Kernteams erfolgen, so dass sich die Regelungen in § 8 ausschließlich auf diese beziehen. Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte erbringen ASV-Leistungen gemäß § 2 Absatz 4 Satz 2 erst auf Überweisung durch ein Mitglied des Kernteams.

Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird eine Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt vorausgesetzt. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt.

Satz 3 regelt die Ausnahme vom Überweisungserfordernis bei Zuweisung aus dem stationären Bereich sowie bei Behandlung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt, die bzw. der gleichzeitig für die entsprechende Indikation Mitglied eines ASV-Kernteams ist.

Obwohl in diesen Fällen keine Überweisung erfolgen muss, besteht eine Informationspflicht gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten, dass sie bzw. er sich nun in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung befindet.

In den Anlagen wird weiterhin geregelt, welche Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können.

Satz 5 stellt klar, dass die Überweisung nicht an einen bestimmten ASV-Berechtigten, sondern, um die freie Arztwahl zu wahren, generell für eine Konkretisierung der ASV erfolgt.

Die Sätze 6 und 7 regeln die Informationspflichten des auf Überweisung tätig werdenden ASV-Berechtigten gegenüber den Versicherten und der überweisenden Vertragsärztin bzw. dem überweisenden Vertragsarzt.

Die Dauer der Überweisung sowie die regelmäßigen Überprüfungsintervalle hinsichtlich des Fortbestehens der Indikation zur ASV werden gemäß Satz 8 bis 10 in den Anlagen geregelt.

Nach Satz 11 muss zum Zeitpunkt der Überweisung eine gesicherte Diagnose vorliegen.

Satz 12 stellt klar, dass in der ASV, abweichend von Satz 11, im Bereich der seltenen Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung zur ASV begründet.

### **Zu § 9 – Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung**

Nach § 116b Absatz 4 Satz 3 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen ausnahmsweise eine Behandlung im Rahmen der ASV nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vorschrift verweist hinsichtlich der Kriterien, bei denen die Behandlung stationär erfolgen kann, auf den Katalog von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren gemäß § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG.

### **Zu § 10 – Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V**

#### **Zu § 10 Absatz 1**

Absatz 1 Satz 1 weist auf die gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V bestehende Erforderlichkeit einer Kooperationsvereinbarung zwischen Leistungserbringern im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen hin. Gleichzeitig wird an dieser Stelle für diese Art der Kooperation die Begrifflichkeit „ASV-Kooperation“ definitorisch festgelegt.

Satz 2 regelt, dass es sich hierbei um intersektorale Kooperationen zwischen geeigneten Leistungserbringern handeln muss.

Sätze 4 und 5 verdeutlichen noch einmal den Unterschied zwischen der in diesem Paragraphen näher geregelten ASV-Kooperation und der zum Zwecke der Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 dieser Richtlinie ggf. erforderlichen Leistungs-Kooperationen.

#### **Zu § 10 Absatz 2**

In Absatz 2 wird festgelegt, dass die entsprechende vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V vorzulegen ist. Gleichzeitig erfolgt ein Verweis auf die gesetzlichen Regelungen, die sich auf den Fall beziehen, dass eine solche ASV-Kooperation nicht zustande kommt.

#### **Zu § 10 Absatz 3**

In Absatz 3 werden die Gegenstände einer Vereinbarung zur ASV-Kooperation näher beschrieben. So ist vorgesehen, dass die Vereinbarung Abstimmungen über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie enthalten soll. Hierdurch kann beispielsweise eine Harmonisierung in Bezug auf relevante Versorgungsaspekte erreicht werden. Inhalt von ASV-Kooperationsvereinbarungen

sind darüber hinaus Aspekte der Arbeitsteilung in Bezug auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten, wobei regionale Gegebenheiten und die Qualifikation der an der ASV-Kooperation Beteiligten eine wichtige Rolle spielen. Neben den üblichen Tumorkonferenzen werden die ASV-Kooperationspartner verpflichtet, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen. Hinweise von Selbsthilfe- bzw. Patientenorganisationen und von Patientinnen und Patienten (z.B. aus dem Beschwerdemanagement), die sich auf die Qualität der ASV-Versorgung beziehen, werden bei den Konferenzen einbezogen.

### **Zu § 11 – Mindestmengen**

Sofern Mindestmengen gefordert werden, sind diese in den Anlagen geregelt.

### **Zu § 12 – Qualitätssicherung**

Ähnlich wie in § 3 Absatz 1 Satz 3 ABK-RL wird klarstellend darauf hingewiesen, dass neben den in der Richtlinie geregelten personellen und sächlichen Anforderungen auch die in anderen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und des einrichtungs-internen Qualitätsmanagements für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Versorgungsbereich andererseits entsprechend gelten. So wäre z.B. denkbar, dass in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ein Qualitätssicherungsverfahren für eine in der ASV-RL geregelte Erkrankung eingeführt wird.

### **Zu § 13 – Evaluation**

Gemäß § 116b Absatz 9 SGB V obliegt dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam eine Bewertungs- und Berichtspflicht. Die Ergebnisse der Bewertung werden dem G-BA zeitgleich mit dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zugeleitet. Die Bewertung ist Grundlage für eine Überprüfung der in der Richtlinie getroffenen Regelungen.

### **Zu § 14 – Dokumentation**

Mit der Neufassung des § 116b SGB V wurde ein sektorspezifischer Regelungsbereich in einen sektorenübergreifenden Regelungsbereich überführt. Dies macht eine Klarstellung erforderlich, dass die Dokumentation im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen sektorenübergreifend einheitlich zu erfolgen hat. Zusätzlich muss die Dokumentation die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1.

### **Zu § 15 – Patienteninformation**

Patienteninformationen stärken die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten und können damit einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung leisten. Satz 1 stellt sicher, dass die Patientin oder der Patient zu Beginn der ASV Informationen über diese Versorgungsform sowie über das im Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum erhält. Diese Information ist nach Satz 2 zu dokumentieren. Satz 3 regelt die Information der Patientin oder des Patienten bei Abschluss der Behandlung. Der schriftlichen Information der Patientin oder des Patienten über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen kann auch der Befundbrief an die zuweisende Ärztin oder den zuweisenden Arzt bzw. die nachbehandelnde Ärztin oder den nachbehandelnden Arzt zugrunde gelegt werden, wenn er patientenverständlich formuliert oder erläutert wird. Wird die Behandlung außerhalb der ASV und nicht durch ein Mitglied des Kernteams fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement nach Satz 4 mindestens folgende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich

Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlügen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häuslicher Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie entsprechend § 115c SGB V.

### 3. Bürokratiekosten

Durch diesen Beschluss werden zunächst keine Informationspflichten gemäß Anlage II zum 1. Kapitel Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) ausgelöst. Daher entfällt eine Bürokratiekostenermittlung nach 1. Kapitel § 5a VerfO i. V. m. § 91 Absatz 10 SGB V. Die zu erwartenden Bürokratiekosten ergeben sich erst aus der Konkretisierung der Erkrankungen und Leistungen in den Anlagen 1 bis 3 der Richtlinie und können nur in diesem Zusammenhang ermittelt werden.

### 4. Verfahrensablauf

Der Unterausschuss Sektorenübergreifende Versorgung (UA SV) hat am 8. Februar 2012 in seiner ersten Sitzung nach Inkrafttreten der Neufassung des § 116b SGB V die zuständige AG beauftragt, die bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen zu beraten. Die zuständige AG, die mit Beschluss des Unterausschusses vom 25. April 2012 in „AG ASV“ umbenannt wurde, hat die bei der Umsetzung des § 116b SGB V vom G-BA zu klärenden Fragen identifiziert, die Positionen der Träger und der Patientenvertretung beraten und gemeinsame Lösungsvorschläge erarbeitet. Der zwischenzeitlich durch das Plenum am 21. Juni 2012 eigens für die Umsetzung des § 116b SGB V eingerichtete Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV) hat in seiner konstituierenden Sitzung am 27. August 2012 den Auftrag der AG dahingehend erweitert, dem Unterausschuss zur Sitzung am 28. November 2012 einen Beschlussentwurf mindestens für Eckpunkte und soweit möglich für Teile der Richtlinie vorzulegen. Auf Basis der bereits vorliegenden Beratungsergebnisse wurde zunächst der für alle von der Richtlinie erfassten Erkrankungen und Leistungen geltende Teil der Richtlinie erstellt, für den der Unterausschuss ASV am 28. November 2012 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen hat.

**Anlage 1** enthält die Fassung des Entwurfs der ASV-RL und der Tragenden Gründe, die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegt wurden. Die nach § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen (**Anlage 2**) wurden mit Schreiben vom 19. Dezember 2012 um ihre jeweiligen Stellungnahmen zum Entwurf der ASV-RL bis zum 16. Januar 2013 gebeten.

Die fristgerecht eingereichten Stellungnahmen sind in der **Anlage 3** aufgeführt. Der Unterausschuss ASV hat diese in seiner Sitzung am 13. Februar 2013 ausgewertet.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hatten, wurden zur mündlichen Stellungnahme eingeladen. Die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer folgten dieser Einladung und haben ihre mündliche Stellungnahme im Rahmen der Anhörung im Unterausschuss ASV am 13. Februar 2013 abgegeben. Die mündlichen Stellungnahmen wurden vom Unterausschuss ASV am 13. Februar 2013 fachlich diskutiert, ausgewertet und gewürdigt.

Die Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V durch den G-BA wurde im Jahr 2012 und 2013 in insgesamt acht Unterausschuss- und 20 AG-Sitzungen beraten. Die Schwerpunkte der einzelnen Beratungen sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet.

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
13. Januar 2012	AG Anlagen	Beratung zur Umsetzung der am 01.01.2012 mit dem GKV-VStG in Kraft getretenen Neufassung des § 116b SGB V
8. Februar 2012	Unterausschuss SV	Beauftragung der AG Anlagen, Schwerpunkte der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu identifizieren und zu beraten
20. Februar 2012	AG Anlagen	Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen
5. März 2012	AG Anlagen	Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen
28. März 2012	AG Anlagen	Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen
16. April 2012	AG Anlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen</li> <li>• Beratung zum Anpassungsbedarf in der Verfahrensordnung des G-BA</li> </ul>
25. April 2012	Unterausschuss SV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen</li> <li>• Umbenennung der AG Anlagen in AG ASV</li> </ul>
7. Mai 2012	1. Sitzung der AG ASV	Beratung zu den Ebenen des Behandlungsteams und zur Konkretisierung von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen durch andere Klassifikationssysteme als ICD-Kodierung
4. Juni 2012	2. Sitzung der AG ASV	Beratung über Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, seltene Erkrankungen, ASV-Kooperationen
18. Juni 2012	3. Sitzung der AG ASV	Beratung über Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, seltene Erkrankungen, ASV-Kooperationen
21. Juni 2012	Plenum	Einrichtung eines neuen Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV)
16. Juli 2012	4. Sitzung der AG ASV	Beratung über Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, seltene Erkrankungen, ASV-Kooperationen
6. August 2012	5. Sitzung der AG ASV	Beratung zu Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, ASV-Kooperationen
20. August 2012	6. Sitzung der AG ASV	Beratung über Ebenen des Behandlungsteams, Definition schwerer Verlaufsformen, ASV-Kooperationen

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
27. August 2012	Konstituierende Sitzung des Unterausschusses ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beauftragung der AG ASV zur Erarbeitung von Vorschlägen zur Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V</li> <li>• Beratung über die Definition schwerer Verlaufsformen, gesicherte Diagnose, Facharztstatus/Facharztstandard, Ebenen des Behandlungsteams</li> </ul>
7. September 2012	7. Sitzung der AG ASV	Beratung zur Erarbeitung des Entwurfs der ASV-RL
26. September 2012	Unterausschuss ASV	Beratung über die Definition schwerer Verlaufsformen, gesicherte Diagnose, Überweisungserfordernis, Kooperationen, Ort der Leistungserbringung, Behandlungsumfang
15. Oktober 2012	8. Sitzung der AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung über die Definition schwerer Verlaufsformen, gesicherte Diagnose und Überweisungserfordernis</li> <li>• Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> </ul>
24. Oktober 2012	Unterausschuss ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung über Kooperationen, Ort der Leistungserbringung, Behandlungsumfang</li> <li>• Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> </ul>
5. November 2012	9. Sitzung der AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung eines Eckpunktepapiers zur Erstellung der Anlagen der ASV-RL durch den GKV-SV</li> <li>• Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> </ul>
19. November 2012	10. Sitzung der AG ASV	Beratung zum Entwurf der ASV-RL
28. November 2012	Unterausschuss ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> <li>• Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zum Entwurf der ASV-RL</li> </ul>
3. Dezember 2012	11. Sitzung der AG ASV	Beratung über die Tragenden Gründe zum Entwurf der ASV-RL
17. Dezember 2012	12. Sitzung der AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalisierung der Tragenden Gründe zum Entwurf der ASV-RL</li> <li>• Beratung zum Entwurf einer Konkretisierung</li> </ul>
24. Januar 2013	13. Sitzung der AG ASV	Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
5. Februar 2013	14. Sitzung der AG ASV	Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
13. Februar 2013	Unterausschuss ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassung und Auswertung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen</li> <li>• Beratung zum Entwurf der ASV-RL</li> </ul>
19. Februar 2013	15. Sitzung der AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung zum Entwurf der ASV-RL</li> <li>• Beratung der Tragenden Gründe zum Entwurf der ASV-RL</li> </ul>
13. März 2013	Unterausschuss ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalisierung des Entwurfs der ASV-RL</li> <li>• Beratung der Tragenden Gründe zum Entwurf der ASV-RL</li> </ul>
21. März 2013	Plenum	Beschlussfassung

Tabelle: Verfahrensablauf ASV

## 5. Auswertung des Stellungnahmeverfahrens

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst. Die zuständige AG hat in zwei Sitzungen die Auswertung der Stellungnahmen vorbereitet. Der Unterausschuss hat in seiner Sitzung am 13. Februar 2013 die schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet. Aus den Beratungen resultierten Änderungen des Richtlinienentwurfs und können mit ihrer Begründung der **Anlage 4** entnommen werden.

Die mündlichen Stellungnahmen wurden in der Sitzung des Unterausschusses ASV am 13. Februar 2013 entgegengenommen und ausgewertet. Sie haben jedoch zu keiner Änderung des Richtlinienentwurfs geführt (s. Anlage 4).

### Anlagenverzeichnis

- Anlage 1: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandte Entwurfsfassung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) und der Tragenden Gründe
- Anlage 2: Aufstellung der angeschriebenen gesetzlich stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: Fristgerecht eingereichte Stellungnahmen der gesetzlich stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 4: Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absätze 5 und 5a SGB V zum Entwurf der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) einschließlich des stenographischen Wortprotokolls zur Anhörung

Berlin, den 21. März 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

# Beschlussentwurf



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die ambulante spezial- fachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Ver- sorgung § 116b SGB V - ASV-RL)**

Vom **Datum**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **Datum**, die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (ASV-RL) beschlossen.

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst (**s. Anlage**).

II. Die Richtlinie tritt am **XXXX** in Kraft.

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

Berlin, den **T. Monat JJJJ**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken



## Anlage zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) (Stand 19.12.2012)

<b>§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich</b>	
<b>§ 1 (1)</b>	<b>(1)</b> Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage von § 116b Absatz 4 SGB V das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die durch Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 4 SGB V erfolgt.
<b>§ 1 (2)</b>	<b>(2)</b> <sup>1</sup> Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für <ol style="list-style-type: none"> <li>1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in Anlage 1,</li> <li>2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen in Anlage 2 und</li> <li>3. hochspezialisierten Leistungen in Anlage 3.</li> </ol> <sup>2</sup> In den Anlagen werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfordernis geregelt.
<b>§ 1</b>	<sup>3</sup> Für die Ermittlung der in § 116b Absatz 6 Satz 9 und Absatz 8 Satz 1 und 2 SGB V aufgeführten Fristen ist das Inkrafttreten der jeweiligen Beschlussfassungen zu den in den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen maßgeblich.
<b>§ 1 (3)</b>	<b>(3)</b> Das Verfahren zur Ergänzung des Kataloges gemäß § 116b Absatz 5 SGB V richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.
<b>§ 1 (4)</b>	<b>(4)</b> Die Bestimmungen der §§ 2 bis 16 gelten, soweit in den Anlagen keine abweichende Regelung getroffen ist.

<b>§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)</b>			
<b>§ 2 (1)</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>DKG und KBV</b>  <b>(1)</b> <sup>1</sup>Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte).         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>GKV-SV</b>  <b>(1)</b> <sup>1</sup>An der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser teilnehmen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen.         </td> </tr> </table>	<b>DKG und KBV</b> <b>(1)</b> <sup>1</sup> Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte).	<b>GKV-SV</b> <b>(1)</b> <sup>1</sup> An der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser teilnehmen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen.
<b>DKG und KBV</b> <b>(1)</b> <sup>1</sup> Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte).	<b>GKV-SV</b> <b>(1)</b> <sup>1</sup> An der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser teilnehmen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen.		
<b>§ 2 (1)</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>GKV-SV</b>  <sup>2</sup>Eine ASV-Berechtigung erhält ein Krankenhaus oder ein Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. ein Zusammenschluss von Krankenhäusern und Vertragsärzten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 (Kernteam), sofern die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllt werden (ASV-Berechtigte).         </td> </tr> </table>		<b>GKV-SV</b> <sup>2</sup> Eine ASV-Berechtigung erhält ein Krankenhaus oder ein Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. ein Zusammenschluss von Krankenhäusern und Vertragsärzten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 (Kernteam), sofern die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllt werden (ASV-Berechtigte).
	<b>GKV-SV</b> <sup>2</sup> Eine ASV-Berechtigung erhält ein Krankenhaus oder ein Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. ein Zusammenschluss von Krankenhäusern und Vertragsärzten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 (Kernteam), sofern die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllt werden (ASV-Berechtigte).		
<b>§ 2 (1)</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>DKG und KBV</b>  <sup>2</sup>Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln.         </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	<b>DKG und KBV</b> <sup>2</sup> Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln.	
<b>DKG und KBV</b> <sup>2</sup> Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln.			
<b>§ 2 (1)</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>DKG</b>  <sup>3</sup>Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfül-         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>KBV</b>  <sup>3</sup>Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der         </td> </tr> </table>	<b>DKG</b> <sup>3</sup> Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfül-	<b>KBV</b> <sup>3</sup> Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der
<b>DKG</b> <sup>3</sup> Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfül-	<b>KBV</b> <sup>3</sup> Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der		

	lung der personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt <u>ASV-Leistungsberechtigter</u> im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.	personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt <u>ASV-Berechtigter</u> im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.	
§ 2 (1)	<b>DKG</b> <sup>4</sup> Die Leistungen des einzelnen ASV-Leistungsberechtigten ergeben sich aus seiner jeweiligen Funktion in dem nach § 3 Absatz 2 beschriebenen interdisziplinären Team.		
§ 2 (2)	<b>GKV-SV und DKG</b> <b>(2)</b> <sup>1</sup> Der <u>ASV-Berechtigte</u> hat die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 SGB V anzuzeigen.	<b>KBV</b> <b>(2)</b> <sup>1</sup> Der <u>Leistungserbringer</u> hat die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V erweiterten Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 SGB V anzuzeigen.	
§ 2 (2)	<b>KBV und DKG</b> <sup>2</sup> Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen <u>gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen ggf. erforderlich sind.</u>		<b>GKV-SV</b> <sup>2</sup> Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen, sofern diese zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen <u>gemäß §§ 3 und 4 geschlossen werden müssen</u>
§ 2 (2)	<b>DKG</b> <sup>3</sup> Bei mehreren ASV-Berechtigten haben diese die Anzeige gemeinsam vorzunehmen.	<b>KBV</b> <sup>3</sup> Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesauschuss ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen.	
§ 2 (2)	<sup>3/4</sup> Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind namentlich zu benennen. <sup>4/5</sup> Für die hinzuzuziehenden Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.		
§ 2 (3)	<b>DKG, GKV-SV und KBV</b> <b>(3)</b> <sup>1</sup> Die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung endet durch Verzicht <u>oder</u> mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen bzw. krankenhausrrechtlichen Zulassung. <sup>2</sup> Das Ausscheiden ist dem erweiterten Landesauschuss anzuzeigen.		<b>PatV</b> <b>(3)</b> <sup>1</sup> Scheidet ein Mitglied eines interdisziplinären Teams aus, ist dieses dem erweiterten <u>Landesausschuss binnen einer Frist von zehn Werktagen schriftlich anzuzeigen.</u> <sup>2</sup> Eine über-

	Anlage 1 der Tragenden Gründe zur ASV-RL	
<b>§ 2 (3)</b>	<b>DKG und KBV</b> <sup>3</sup> Soweit einzelne Leistungserbringer des interdisziplinären Teams nach § 3 ausscheiden und kein unmittelbarer Ersatz zur Verfügung steht, ist dieses innerhalb von <u>sechs Wochen</u> dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und innerhalb von <u>sechs Monaten</u> ein neuer Leistungserbringer gegenüber dem erweiterten Landesausschuss zu benennen.	<b>GKV-SV</b> <sup>3</sup> Soweit einzelne Leistungserbringer des interdisziplinären Teams nach § 3 ausscheiden und kein unmittelbarer Ersatz zur Verfügung steht, ist dieses innerhalb von <u>sieben Werktagen</u> dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und innerhalb von <u>drei Monaten</u> ein neuer Leistungserbringer gegenüber dem erweiterten Landesausschuss zu benennen.
<b>§ 2 (4)</b>	<b>DKG und KBV</b> <b>(4)</b> <sup>1</sup> Zwischen den Mitgliedern des Kernteams gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie besteht für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis.	
	<b>GKV-SV</b> <b>(4)</b> <sup>1</sup> ASV-Berechtigte nach § 2 Abs. 1 Satz 2 können Leistungen für den in den Appendizes der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie definierten Behandlungsumfang erbringen. <sup>2</sup> Zwischen den Mitgliedern des Kernteams gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie besteht für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis.	
<b>§ 2 (4)</b>	<b>DKG und PatV</b> <sup>2</sup> Sofern weitere Fachärztinnen oder Fachärzte des interdisziplinären Teams gemäß § 3 Absatz 2 Satz 6/7 dieser Richtlinie für ASV-Leistungen hinzugezogen werden, erfolgt dies durch eine Überweisung/ein Konsil von einem Mitglied des Kernteams.	<b>KBV</b> <sup>2</sup> Die hinzuziehenden Fachärzte gemäß § 3 Absatz 2 Satz 6/7 werden auf Überweisung tätig. <sup>3</sup> Soweit für die hinzuzuziehenden Fachärzte eine extrabudgetäre Vergütung vereinbart werden kann, benötigen die hinzuzuziehenden Fachärzte keine ASV-Berechtigung und erbringen keine ASV-Leistungen.
	<b>GKV-SV</b> <sup>3</sup> Die hinzuzuziehenden Fachärzte werden ausschließlich auf Überweisung und entsprechend des jeweiligen Behandlungsumfangs tätig (Definitionsauftrag).	
<b>§ 2 (5)</b>	<b>(5)</b> <sup>1</sup> Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus ist hinsichtlich der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen und schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zulässig, in denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf. <sup>2</sup> Vertragsärzte dürfen nur in dem Fachgebiet bzw. Schwerpunkt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.	
	<b>GKV-SV</b> <b>§ 3 Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V</b>	<b>KBV und DKG</b> <b>§ 3 Personelle Anforderungen</b>
<b>§ 3 (1)</b>	<b>(1)</b> <sup>1</sup> Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. <sup>2</sup> Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.	

§ 3 (2)	(2) <sup>1</sup> Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. <sup>2</sup> Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an.	
§ 3 (2)	<b>GKV-SV, DKG und KBV</b> <sup>3</sup> Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung <u>in der Regel</u> eingebunden werden müssen.	<b>PatV</b> <sup>3</sup> Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung eingebunden werden müssen.
§ 3 (2)	<sup>4</sup> Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens einen Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen. <sup>5</sup> An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen.	
§ 3 (2)	<b>GKV-SV und PatV</b> <sup>6</sup> Der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in 30 Minuten vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.	
§ 3 (2)	<sup>6/7</sup> Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden.	
§ 3 (2)	<b>GKV-SV und PatV</b> <sup>8</sup> Ihr Tätigkeitsort für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss <u>in 30 Minuten</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.	<b>DKG und KBV</b> <sup>7</sup> Ihr Tätigkeitsort für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss <u>in angemessener Nähe</u> zum Tätigkeitsort der Teamleitung sein.
§ 3 (3)	<b>GKV-SV, DKG und KBV</b> <b>(3)</b> <sup>1</sup> Die für die jeweiligen Mitglieder des <u>interdisziplinären</u> Teams geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt.	<b>PatV</b> <b>(3)</b> <sup>1</sup> Die für die jeweiligen Mitglieder des Teams <u>sowie die nicht-ärztlichen Leistungserbringer</u> geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt.
§ 3 (3)	<sup>2</sup> Die in der Richtlinie verwendeten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. <sup>3</sup> Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden in den Anlagen teilweise abweichende Qualifikationen geregelt.	
§ 3 (4)	<b>(4)</b> <sup>1</sup> Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (Facharztstatus). <sup>2</sup> Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. <sup>3</sup> Dauert die Vertretung länger als sechs Wochen, ist sie dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. <sup>4</sup> Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (Facharztstandard), die Diagnoseerstellung und leitende Therapieentscheidungen nach Satz 1, dürfen sie nicht erbringen.	
§ 3 (5)	<b>(5)</b> <sup>1</sup> Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. <sup>2</sup> Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gelten im Übrigen die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend.	

<b>§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen</b>			
<b>§ 4 (1)</b>	<b>(1)</b> <sup>1</sup> Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden in den Anlagen geregelt. <sup>2</sup> Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (z.B. Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, kann dies auch im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen.		
<b>§ 4 (1)</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>DKG und KBV</b> <sup>3</sup>Sofern <u>eine</u> Intensivstation, Notfalllabor oder <u>24-Stunden-Notfallversorgung</u> vorzuhalten sind, müssen diese <u>in angemessener Entfernung</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.</td> <td style="width: 50%;"><b>GKV-SV und PatV</b> <sup>3</sup>Sofern <u>bestimmte Bereiche</u> (z.B. Intensivstation, Notfalllabor <u>oder bildgebende Diagnostik</u>) vorzuhalten sind, müssen diese <u>in 30-minütiger Entfernung</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.</td> </tr> </table>	<b>DKG und KBV</b> <sup>3</sup> Sofern <u>eine</u> Intensivstation, Notfalllabor oder <u>24-Stunden-Notfallversorgung</u> vorzuhalten sind, müssen diese <u>in angemessener Entfernung</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.	<b>GKV-SV und PatV</b> <sup>3</sup> Sofern <u>bestimmte Bereiche</u> (z.B. Intensivstation, Notfalllabor <u>oder bildgebende Diagnostik</u> ) vorzuhalten sind, müssen diese <u>in 30-minütiger Entfernung</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.
<b>DKG und KBV</b> <sup>3</sup> Sofern <u>eine</u> Intensivstation, Notfalllabor oder <u>24-Stunden-Notfallversorgung</u> vorzuhalten sind, müssen diese <u>in angemessener Entfernung</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.	<b>GKV-SV und PatV</b> <sup>3</sup> Sofern <u>bestimmte Bereiche</u> (z.B. Intensivstation, Notfalllabor <u>oder bildgebende Diagnostik</u> ) vorzuhalten sind, müssen diese <u>in 30-minütiger Entfernung</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.		
<b>§ 4 (1)</b>	<b>GKV-SV und PatV</b> <sup>4</sup> Der Einbezug nicht-ärztlicher Berufsgruppen wie Physiotherapie ergibt sich erkrankungs- und/oder leistungsbezogen und erfolgt auf Verordnung. <sup>5</sup> Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung nicht ärztlicher Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.		
<b>§ 4 (1)</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>GKV-SV</b> <sup>6</sup>Die Notwendigkeit der Verfügbarkeit bestimmter Bereiche wird ebenso in den Anlagen geregelt wie ggf. indikationsbezogene spezifische Erfahrungen in der Behandlung der entsprechenden Grundkrankheit.</td> <td style="width: 50%;"><b>PatV</b> <sup>6</sup>Die Notwendigkeit der - insbesondere ständigen - Verfügbarkeit bestimmter Bereiche wird ebenso in den Anlagen geregelt wie ggf. indikationsbezogene spezifische Erfahrungen in der Behandlung der entsprechenden Grundkrankheit.</td> </tr> </table>	<b>GKV-SV</b> <sup>6</sup> Die Notwendigkeit der Verfügbarkeit bestimmter Bereiche wird ebenso in den Anlagen geregelt wie ggf. indikationsbezogene spezifische Erfahrungen in der Behandlung der entsprechenden Grundkrankheit.	<b>PatV</b> <sup>6</sup> Die Notwendigkeit der - insbesondere ständigen - Verfügbarkeit bestimmter Bereiche wird ebenso in den Anlagen geregelt wie ggf. indikationsbezogene spezifische Erfahrungen in der Behandlung der entsprechenden Grundkrankheit.
<b>GKV-SV</b> <sup>6</sup> Die Notwendigkeit der Verfügbarkeit bestimmter Bereiche wird ebenso in den Anlagen geregelt wie ggf. indikationsbezogene spezifische Erfahrungen in der Behandlung der entsprechenden Grundkrankheit.	<b>PatV</b> <sup>6</sup> Die Notwendigkeit der - insbesondere ständigen - Verfügbarkeit bestimmter Bereiche wird ebenso in den Anlagen geregelt wie ggf. indikationsbezogene spezifische Erfahrungen in der Behandlung der entsprechenden Grundkrankheit.		
<b>§ 4 (2)</b>	<b>(2)</b> <sup>1</sup> Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend.		
<b>§ 4 (2)</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>GKV-SV, DKG und KBV</b> <sup>2</sup>Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen <u>behindertengerecht</u> sein.</td> <td style="width: 50%;"><b>PatV</b> <sup>2</sup>Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen <u>barrierefrei</u> sein.</td> </tr> </table>	<b>GKV-SV, DKG und KBV</b> <sup>2</sup> Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen <u>behindertengerecht</u> sein.	<b>PatV</b> <sup>2</sup> Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen <u>barrierefrei</u> sein.
<b>GKV-SV, DKG und KBV</b> <sup>2</sup> Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen <u>behindertengerecht</u> sein.	<b>PatV</b> <sup>2</sup> Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen <u>barrierefrei</u> sein.		
<b>§ 5 Behandlungsumfang</b>			
<b>§ 5 (1)</b>	<b>(1)</b> <sup>1</sup> Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ergibt sich erkrankungs- und/oder leistungsbezogen aus den Anlagen.		
<b>§ 5 (1)</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>GKV-SV und KBV</b> <sup>2</sup>Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten und hinzugezogenen Fachärzten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert.</td> <td style="width: 50%;"><b>DKG</b> <sup>2</sup>Er ist für das interdisziplinäre Team nach § 3 Absatz 2 Satz 1 bestimmt und nicht abschließend aufgeführt. <sup>3</sup>Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere, über die Auflistung hinausgehende ASV-Leistungen, erforderlich werden.</td> </tr> </table>	<b>GKV-SV und KBV</b> <sup>2</sup> Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten und hinzugezogenen Fachärzten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert.	<b>DKG</b> <sup>2</sup> Er ist für das interdisziplinäre Team nach § 3 Absatz 2 Satz 1 bestimmt und nicht abschließend aufgeführt. <sup>3</sup> Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere, über die Auflistung hinausgehende ASV-Leistungen, erforderlich werden.
<b>GKV-SV und KBV</b> <sup>2</sup> Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten und hinzugezogenen Fachärzten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert.	<b>DKG</b> <sup>2</sup> Er ist für das interdisziplinäre Team nach § 3 Absatz 2 Satz 1 bestimmt und nicht abschließend aufgeführt. <sup>3</sup> Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere, über die Auflistung hinausgehende ASV-Leistungen, erforderlich werden.		
<b>§ 5 (1)</b>	<sup>3/4</sup> Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.		

<b>§ 5 (2)</b>	<b>DKG und KBV</b> <b>(2)</b> <sup>1</sup> Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. <sup>2</sup> Für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den Anlagen aufgeführt.	<b>GKV-SV</b> <b>(2)</b> <sup>1</sup> Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können dann Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, sofern weder nach § 135 SGB V noch nach § 137c SGB V ablehnende Entscheidungen vorliegen und sie in Leitlinien nach Absatz 1 Satz 3 mit einem Empfehlungsgrad A entsprechend der Methodik des Nationale Versorgungs-Leitlinie (NVL)-Programms empfohlen werden. <sup>2</sup> Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach entsprechender Bewertung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als erforderlich angesehen werden, sind in den Appendizes genannt. <sup>3</sup> Das Verfahren zur Auswahl und Bewertung richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in ihrer jeweils gültigen Fassung.	
----------------	---	--	--

<b>§ 6 Studienteilnahme</b>	
<b>§ 6</b>	<sup>1</sup> Die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V sollen geeignete Patientinnen und Patienten über nationale und internationale klinischen Studien informieren und ihnen die Teilnahme ermöglichen. <sup>2</sup> Notwendig ist hierzu die Kenntnis relevanter laufender Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über die Studienteilnahme.

<b>§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen</b>	
<b>§ 7</b>	Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen erfolgen.

<b>§ 8 Überweisungen</b>	
<b>§ 8 (1)</b>	<b>GKV-SV, KBV und PatV</b> <b>(1)</b> <sup>1</sup> Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus.
<b>§ 8 (1)</b>	<b>GKV-SV, KBV und PatV</b> <sup>2</sup> Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt.
<b>§ 8 (1)</b>	<sup>3/4</sup> Abweichend von den Sätzen 1 bis 2/3 besteht für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Leistungserbringer kein Überweisungserfordernis.

§ 8 (1)	<b>DKG, KBV und PatV</b> <sup>4/5</sup> Der Patient ist darüber zu informieren, dass er sich in der ASV befindet.	<b>GKV-SV</b> <sup>4</sup> Der Patient <u>und die Krankenkasse</u> ist darüber zu informieren, dass er sich in der ASV befindet.	
§ 8 (1)	<b>GKV-SV, KBV und PatV</b> <sup>5/6</sup> Welche Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen.		
§ 8 (1)	<sup>6</sup> Die Überweisung wird entsprechend § 1 Absatz 2 auf die Indikation zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen soll.		
§ 8 (1)	<b>GKV-SV</b> <sup>7</sup> Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt informiert den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.	<b>KBV</b> <i>Enthaltung</i>	
§ 8 (1)	<b>DKG</b> <sup>7</sup> Der ASV-Berechtigte informiert den Versicherten über die Aufnahme und das Ende der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung.	<b>GKV-SV</b> <sup>8</sup> Zudem informiert der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte den einweisenden Vertragsarzt, den Versicherten sowie dessen Krankenkasse über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.	<b>KBV</b> <sup>7</sup> Zudem informiert der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte den einweisenden Vertragsarzt und den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.
§ 8 (1)		<b>GKV-SV</b> <sup>9</sup> Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen. <sup>10</sup> Näheres wird in den Anlagen geregelt.	<b>KBV</b> <sup>8</sup> Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen. <sup>9</sup> Näheres wird in den Anlagen geregelt. <sup>10</sup> Die Behandlung des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. <sup>11</sup> Näheres wird in den Anlagen geregelt.
§ 8 (1)	<b>GKV und KBV</b> <sup>11/12</sup> Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b SGB V Absatz 2 müssen eine gesicherte Diagnose sowie die Voraussetzungen nach § 1 Absatz 2 vorliegen. <sup>12/13</sup> Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt und bereits zur Diagnosestellung ein interdisziplinäres Team nach § 3 erforderlich ist, kann auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung begründen.		<b>PatV</b> <sup>7</sup> Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, kann auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung begründen.
	<b>DKG</b> <b>(2)</b> <sup>1</sup> Der Erstzuweisung soll bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf i.d.R. eine gesicherte Diagnose zugrunde liegen. <sup>2</sup> Die ASV-Leistungserbringer (i.d.R. das Kernteam) sind berechtigt bei Aufnahme der ASV-Versorgung das Vorliegen der gesicherten Diagnose durch geeignete Maßnahmen zu verifizieren. <sup>3</sup> Bestätigt sich die Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf nicht oder liegt keine schwere Verlaufsform einer solchen vor, können bereits geleistete Maßnahmen einmalig als ASV-Leistungen abgerechnet werden. <sup>4</sup> Die Versorgung des Patienten hat anschließend außerhalb der ASV-Versorgung		

	zu erfolgen. <sup>5</sup> Der Patient ist entsprechend zu informieren. <sup>6</sup> Abweichend von Satz 1 gelten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multiple Sklerose, rheumatologischen Erkrankungen und zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) sowie in Fällen, in denen die regionalen Versorgungsstrukturen eine Diagnosestellung im Kontext der ASV-Versorgung erfordern, die Regelungen nach Satz 7 entsprechend. <sup>7</sup> Die Versorgung der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen setzt keine gesicherte Diagnose bei Erstzuweisung voraus, auch die Abklärung einer Verdachtsdiagnose begründet die ASV-Versorgung.		
	<b>§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung</b>		
<b>§ 9</b>	<b>DKG und KBV</b> Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus <u>teilstationär oder stationär erfolgen</u> , die G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol) gemäß §17c Absatz 4 Satz 9 KHG gelten entsprechend.	<b>GKV-SV</b> <sup>1</sup> Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus <u>unter den Voraussetzungen des § 39 SGB V nur vollstationär erfolgen</u> , die G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol) gemäß §17c Absatz 4 Satz 9 KHG gelten entsprechend.	
		<b>GKV-SV</b> <sup>2</sup> Liegt eine Indikation zu einer ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung vor, ist eine teilstationäre Behandlung für ein Krankenhaus mit entsprechender ASV-Berechtigung in derselben Indikation ausgeschlossen.	
<b>§ 10</b>	<b>DKG, GKV-SV und KBV</b> <b>§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V</b>		<b>PatV</b> <i>Enthaltung</i>
<b>§ 10 (1)</b>	<b>(1)</b> <sup>1</sup> Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1 <b>lit. a)</b> ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt.		
<b>§ 10 (1)</b>	<b>DKG</b> <sup>2</sup> ASV-Kooperationsvereinbarungen sind intersektoral zwischen <u>geeigneten Leistungserbringern nach § 116b SGB V</u> zu schließen, wobei ein Leistungserbringer auch mehrere ASV-Kooperationen eingehen kann.	<b>GKV-SV</b> <sup>2</sup> ASV-Kooperationsvereinbarungen sind intersektoral zwischen <u>Kernteams</u> zu schließen, wobei ein Kernteam auch mehrere ASV-Kooperationen eingehen kann.	<b>KBV</b> <sup>2</sup> Für die ASV-Berechtigung ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich.
<b>§ 10 (1)</b>		<b>GKV-SV</b> <sup>3</sup> Ein Kernteam muss die Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V in Verbindung mit dieser Richtlinie erfüllen. <sup>4</sup> Sofern sich das Kernteam sowohl aus Mitgliedern des ambulanten als auch des stationären Sektors zusammensetzt, wird das Behandlungsteam dem Sektor zugeordnet, dem die Teamleitung angehört.	
<b>§ 10 (1)</b>	<b>GKV-SV, DKG und KBV</b> <sup>3/5</sup> Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. <sup>4/6</sup> Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 dieser Richtlinie sind hiervon unberührt.		



§ 10 (2)	(2) Dem nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 SGB V ist eine vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation nach Absatz 1 vorzulegen, es sei denn, eine solche Kooperation kommt nach § 116 Absatz 4 Satz 11 SGB V nicht zustande.	
§ 10 (3)	(3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:	
§ 10 (3)		<b>GKV-SV</b> a) die wechselseitige Verpflichtung der ASV-Kooperationspartner, die Patientinnen und Patienten vor Aufnahme in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im eigenen Behandlungsteam darüber zu informieren, dass eine entsprechende Versorgung auch durch das kooperierende Behandlungsteam im anderen Sektor erfolgen kann; die Aufklärung der Patientin/des Patienten ist im Krankenblatt zu dokumentieren;
§ 10 (3)	a/b) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;	
§ 10 (3)	<b>DKG und KBV</b> b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;	
§ 10 (3)	<b>DKG und KBV</b> c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame patientenorientierte Fallkonferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Fallkonferenzen sind insbesondere patientenindividuelle kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität- und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.	<b>GKV-SV</b> c) die <u>wechselseitige</u> Verpflichtung der ASV-Kooperationspartner, mindestens zweimal jährlich gemeinsame patientenorientierte Fallkonferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Fallkonferenzen sind insbesondere patientenindividuelle kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse im Sinne von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und Ergebnisse enthalten; <u>die Protokolle sind den erweiterten Landesausschüssen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</u>
	<b>KBV</b> <b>§ 11 Überprüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität</b>	<b>GKV-SV und DKG</b> <i>streichen</i>
§ 11	<b>KBV</b> Nach § 116b Absatz 6 Satz 10 SGB V kann der G-BA eine Regelung treffen. Diese wird im Nachgang zu diesem Richtlinienbeschluss formuliert.	
	<b>§ 12 Mindestmengen</b>	
§ 12	<b>GKV-SV</b> (1) <sup>1</sup> Soweit in den Anlagen Mindestmengen festgelegt sind, ist ein Kernteam zur spezialfachärztlich Behandlung von Erkrankungen nur berechtigt, wenn es pro Jahr und gelisteter Erkrankung mindestens die dort bestimmte Zahl verschiedener Patienten behandelt. <sup>2</sup> Der G-BA orientiert sich bei der Festlegung von Mindestmengen für die Behandlung von Erkrankungen nach	<b>DKG und KBV</b> Das Nähere wird in den Anlagen geregelt.

	<p>Anlage 2 seltene Erkrankungen, sowie für Leistungen der Anlage 3 (hochspezialisierte Leistungen) an einem Wert von 50 Behandlungsfällen pro Jahr. <sup>3</sup>Mindestmengen für die Behandlung von Erkrankungen nach Anlage 1 (schwere Verlaufsformen) ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss grundsätzlich nach einem Richtwert von 0,1 % der bundesweit prävalenten Fälle; von diesem Grundsatz kann der Gemeinsame Bundesausschuss in begründeten Einzelfällen abweichen. <sup>4</sup>Wäre nach Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses für einzelne Erkrankungen nach Anlage 2 oder für Leistungen nach Anlage 3 nur ein niedrigerer Wert als 50 angemessen, kann auf die Festlegung einer Mindestmenge verzichtet werden; dasselbe gilt, wenn die Prävalenzermittlung für Erkrankungen nach Anlage 1 zu einer niedrigeren Mindestmenge als 50 führen würde. <sup>5</sup>Für Erkrankungen, die mit einer Prävalenz von weniger als 5 auf 100.000 auftreten wird in der Regel auf eine Mindestmenge verzichtet.</p> <p><b>(2)</b> Für die Berechnung der Mindestmengen ist die Summe aller Krankheitsfälle maßgeblich, die zu den einzelnen in den Anlagen näher bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und die von den therapeutisch tätigen Facharztgruppen des Kernteams im Sinne der Richtlinie behandelt werden.</p> <p><b>(3)</b> Soweit in Anlage 1 Nr. 1 Tumorgruppen genannt sind, sind diese Gruppen für die Mindestmengen und die zu zählenden Krankheitsfälle maßgeblich.</p> <p><b>(4)</b> Als Ausnahmen von den Mindestmengen ist zulässig, dass das Kernteam auf die Behandlung von nicht näher geregelten Untergruppen der in den Anlagen aufgeführten Erkrankungen oder Tumorgruppen spezialisiert ist, von denen bundesweit nicht mehr als 5 von 100.000 Personen betroffen sind.</p>	
--	--	--

<b>§ 13 Qualitätssicherung</b>		
<b>§ 13</b>	<p><sup>1</sup>Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. <sup>2</sup>Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten entsprechend.</p>	
	<p><b>GKV-SV und PatV</b></p> <p><sup>3</sup>Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.</p>	<p><b>DKG und KBV</b></p> <p><sup>3</sup>Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.</p>

	<p><b>PatV</b> <b>§ 14 Evaluation</b></p> <p>Die Ergebnisse der Bewertung Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach § 116b Absatz 9 SGB V sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG und KBV streichen</b></p>
<b>§ 14</b>		

	<b>GKV-SV</b> <b>§ 15 Dokumentationsanforderungen und -regeln</b>	<b>DKG und KBV</b> <b>§ 15 Dokumentation</b>
<b>§ 15</b>	<b>GKV-SV</b> <sup>1</sup> Eine einheitliche Umsetzung der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser wird für die Dokumentation durch Dokumentationsanforderungen und -regeln garantiert. <sup>2</sup> Hierzu wird festgelegt, wie Diagnosen und Prozeduren nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten bzw. nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM) sowie nach weiteren, in den Anlagen indikationsspezifisch festgelegten Klassifikationssystemen zu verschlüsseln sind. <sup>3</sup> Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen.	<b>DKG und KBV</b> Der Umfang der Dokumentationspflichten im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen einschließlich der Kriterien des schweren Verlaufs und der Prozeduren ergibt sich aus den konkretisierenden Anlagen.

	<b>§ 16 Patienteninformation</b>	
<b>§ 16</b>	<b>GKV-SV, DKG und KBV</b> <sup>1</sup> Die Patientinnen und Patienten erhalten spätestens bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche Erläuterungen über diese Versorgungsform. <sup>2</sup> Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV ist den Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen.	<b>PatV</b> <sup>1</sup> Die Patientinnen und Patienten erhalten spätestens bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung Erläuterungen über diese Versorgungsform (entsprechend dem vom G-BA erstellten Merkblatt). <sup>2</sup> Ihnen wird eine entsprechende Information ausgehändigt. <sup>3</sup> Wird die Behandlung außerhalb der ASV fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens folgende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorstellungen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie entsprechend § 115c SGB V.

	<b>Anlage 1:</b> Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen <b>Anlage 2:</b> Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen <b>Anlage 3:</b> Hochspezialisierte Leistungen
--	--



# Tragende Gründe

## **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)**

Vom **Beschlussdatum**

### Inhalt

<b>1. Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 Hintergrund</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2 Rechtsgrundlagen für die ASV-RL</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1 Aufbau</b> .....	<b>2</b>
<b>2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Bürokratiekosten</b> .....	<b>20</b>
<b>4. Verfahrensablauf</b> .....	<b>20</b>
<b>5. Fazit</b> .....	<b>22</b>

## 1. Rechtsgrundlage

### 1.1 Hintergrund

Nach § 116b Absatz 2 SGB V in der vor dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) geltenden Fassung war ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach § 116b SGB V Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden war. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte nach § 116b Absatz 3 SGB V den Auftrag, den gesetzliche Katalog um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen, zu ergänzen und die sächlichen und personellen Anforderungen für die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses festzulegen. Hierzu hatte der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) erlassen und in den Jahren 2004 bis 2011 Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen in der Richtlinie konkretisiert.

### 1.2 Rechtsgrundlagen für die ASV-RL

Mit der Neufassung des § 116b SGB V durch das insoweit am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-VStG hat der Gesetzgeber einen neuen Versorgungsbereich – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – geschaffen.

<p><b>GKV-SV, KBV und PatV</b> In diesem neuen Versorgungsbereich sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und Krankenhäuser <u>unter</u> grundsätzlich gleichen <u>Bedingungen</u> Patienten mit schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen behandeln sowie hochspezialisierte Leistungen erbringen.</p>	<p><b>DKG</b> In diesem neuen Versorgungsbereich sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und Krankenhäuser <u>bei</u> grundsätzlich gleichen <u>Anforderungen</u> Patienten mit schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen behandeln sowie hochspezialisierte Leistungen erbringen.</p>
--	---

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer Richtlinie das Nähere zur ASV.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### 2.1 Aufbau

Die Richtlinie ist in einen Paragrafenteil und mehrere Anlagen gegliedert. Der Paragrafenteil regelt die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen konkretisierten schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen gemeinsam gelten.

In den Anlagen werden die Erkrankungen und Leistungen, die Gegenstand der ASV sind, konkretisiert. Die Konkretisierung erfolgt in der Regel über ICD-Kodes; gegebenenfalls auch über weitere vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegende Merkmale. In den Konkretisierungen werden jeweils erkrankungsspezifisch der Behandlungsumfang bestimmt sowie die personellen und sächlichen Anforderungen sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung geregelt.

## 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

### Zu § 1 – Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

Die Vorschrift benennt die gesetzlichen Grundlagen und den Regelungsgegenstand der Richtlinie. In Absatz 2 der Vorschrift wird der Regelungsinhalt der Anlagen benannt.

In Absatz 2 Satz 3 wird klargestellt, dass die Frist des Bewertungsausschusses für die Anpassung des EBM und die Aufhebung der Bestimmungen von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung nach der ABK-RL durch das Land leistungs- bzw. erkrankungsbezogen erst dann beginnt, wenn der Beschluss des G-BA zu den in den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen in Kraft getreten ist.

Hierdurch wird auch verdeutlicht, dass der Paragraphenteil seine rechtliche Wirksamkeit erst mit Inkrafttreten der Anlagen entfaltet. D.h. er gilt grundsätzlich nur für diejenigen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen, für die der G-BA in den Anlagen die spezifischen Anforderungen geregelt hat. Auch die Anzeigen an die erweiterten Landesausschüsse sind erst dann tatsächlich möglich und rechtlich wirksam, wenn die Konkretisierungen in den Anlagen erfolgt sind.

#### **DKG und PatV**

Absatz 3 verweist für das Verfahren zur Ergänzung des Katalogs nach § 116b Absatz 5 SGB V auf die Regelung der Verfahrensordnung im 3. Kapitel, welches vor einer Ergänzung des Katalogs unter Berücksichtigung der Neufassung des § 116b SGB V ebenfalls noch überarbeitet wird.

### Zu § 2 – Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

#### Zu § 2 Absatz 1

<p><b>GKV-SV</b> Die Vorschrift definiert in Satz 1 aufbauend auf § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V den Kreis der <u>potenziellen ASV-Leistungserbringer.</u></p>	<p><b>DKG</b> Die Vorschrift definiert in Satz 1 aufbauend auf § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V den Kreis der <u>potenziell ASV-Berechtigten.</u></p>	<p><b>KBV</b> Die Vorschrift definiert in Satz 1 aufbauend auf § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V <u>die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV.</u></p>
--	---	--

<p><b>GKV-SV</b> Nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser <u>an der ASV teilnehmen</u>, sofern sie die Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie erfüllen.</p>	<p><b>DKG und KBV</b> Nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser <u>als ASV-Berechtigte Leistungen im Rahmen der ASV erbringen</u>, sofern sie die Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie erfüllen.</p>	<p><b>PatV</b> Nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser <u>als ASV-Berechtigte an der ASV teilnehmen</u>, sofern sie die Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie erfüllen <u>und das Anzeigeverfahren gemäß § 116b Absatz 2 SGB V abgeschlossen ist</u>.</p>
<p>In Satz 2 <u>werden die Rechtsträger einer ASV-Berechtigung benannt</u>. Es handelt sich dabei um ein Krankenhaus oder einen Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. einen Zusammenschluss von Krankenhäusern und Vertragsärzten.</p>	<p>In Satz 2 <u>wird festgelegt, dass die ASV regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team erfordert</u>.</p>	
	<p>Ausnahmen sind möglich, wenn allein die besondere Expertise eines einzelnen Arztes <u>oder besondere technische Anforderungen</u> die Zugehörigkeit zur ASV begründen und dies entsprechend in den Konkretisierungen definiert ist.</p>	<p>Ausnahmen sind möglich, wenn <u>bei seltenen Erkrankungen</u> allein die besondere Expertise eines einzelnen Arztes die Zugehörigkeit zur ASV begründet und dies entsprechend in den Konkretisierungen definiert ist.</p>

<p><b>DKG</b> In Satz 3 wird klargestellt, dass eine Kooperation im Rahmen der ASV keine gemeinsame Leistungserbringung zur Folge hat, die beispielsweise zu einer Haftung für Fehler anderer <u>ASV-Leistungsberechtigter oder einer gemeinsamen Abrechnungsverpflichtung führt</u>. <u>Gleichzeitig wird klargestellt, dass zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen auch Kooperationen möglich sind</u>. <u>Zudem werden an dieser Stelle diejenigen ASV-Leistungsberechtigten (im Sinne eines an der ASV-Leistungserbringung beteiligten Leistungserbringers) inhaltlich abgegrenzt, die selbst nicht über den Status „ASV-Berechtigter“ verfügen</u>. Diese ASV-Leistungsberechtigten müssen im Gegensatz zu den ASV-Berechtigten nicht sämtliche Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen und sind somit auch nicht antragsbe-</p>	<p><b>KBV</b> In Satz 3 wird klargestellt, dass eine Kooperation im Rahmen der ASV keine gemeinsame Leistungserbringung zur Folge hat, die beispielsweise zu einer Haftung für Fehler anderer <u>Leistungserbringer führen könnte</u>.</p>
--	--

<p><u>rechtigt. Hinzuzuziehende Ärzte können beispielsweise nur auf Grund einer Überweisung eines Mitglieds aus dem Kernteam als ASV-Leistungsberechtigte ebenfalls ASV-Leistungen erbringen.</u></p> <p><u>Satz 4 stellt klar, dass sich die jeweils fachspezifischen Leistungen der einzelnen ASV-Leistungsberechtigten in dem interdisziplinären Team aus ihrer Fachgebietszugehörigkeit ergeben.</u></p>	
--	--

**Zu § 2 Absatz 2**

Die ASV-Berechtigung setzt nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V neben der Erfüllung der in dieser Richtlinie geregelten Voraussetzungen eine Anzeige bei dem nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Beifügung entsprechender Belege voraus.

<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Mit der Regelung in Satz 1 wird klargestellt, dass der ASV-Berechtigte (d.h. der Zusammenschluss von Vertragsärzten, das Krankenhaus, bzw. der Zusammenschluss von Krankenhäusern und Vertragsärzten) als Rechtsträger für alle beteiligten Fachärzte des Kernteams die in der Richtlinie geregelten Anforderungen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigt.</p>	<p><b>DKG und KBV</b></p> <p>Satz 1 stellt klar, dass diese Anzeige nur von ASV-Berechtigten bzw. potentiell ASV-Berechtigten vorgenommen werden kann. Nach Satz 2 sind der Anzeige sowohl vertragliche Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V als auch solche zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen, die ein ASV-Berechtigter ggf. benötigt (Leistungskooperationen), beizufügen.</p>
---	--

Mit der Vorschrift in Satz 2 wird klargestellt, dass bei der Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss unter anderem auch vertragliche Vereinbarungen nachzuweisen sind, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gegebenenfalls erforderlich sind.

<p><b>DKG</b></p> <p>Mit der Regelung in Satz 3 wird klargestellt, <u>dass bei Zusammenschluss mehrerer potentiell ASV-Berechtigter die Anzeige gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss vorzunehmen ist.</u></p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Mit der Regelung in Satz 3 wird klargestellt, <u>dass Leistungserbringer, die zur Erfüllung der in dieser Richtlinie geregelten Anforderungen Kooperationen mit anderen Leistungserbringern eingehen, die Teilnahme an der ASV gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen sollen.</u></p>
--	---

<p><b>GKV-SV und KBV</b></p> <p>Damit soll klargestellt werden, dass ein sich aus kooperierenden <u>Leistungserbringern</u> zusammensetzendes Team gemeinsam anzeigt und nicht eine Vielzahl von Anzeigen bei dem erweiterten Landesausschuss eingehen.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Damit soll klargestellt werden, dass ein sich aus kooperierenden <u>ASV-Berechtigten</u> zusammensetzendes Team gemeinsam anzeigt und nicht eine Vielzahl von Anzeigen bei dem erweiterten Landesausschuss eingehen.</p>
---	---



<p><b>GKV-SV und DKG</b> Mit Satz 3/4 wird vorgegeben, dass bei der Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss, <u>durch den ASV-Berechtigten</u>, die Mitglieder des Kernteams namentlich zu benennen sind.</p>	<p><b>KBV</b> Mit Satz 3/4 wird vorgegeben, dass bei der Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss, die Mitglieder des Kernteams namentlich zu benennen sind.</p>
---	---

Mit Satz 4/5 wird klargestellt, dass für die hinzuzuziehenden Ärzte eine institutionelle Benennung ausreichend ist. Beispielsweise für den Fall, dass die dritte Ebene des Behandlungsteams durch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein Krankenhaus sichergestellt wird, wäre damit eine Benennung dieser Institution ausreichend und es müsste bei einem Wechsel der innerhalb der Institution angestellten Ärzte keine Änderungsmitteilung an den erweiterten Landesausschuss erfolgen. Davon unberührt bleiben Anzeigepflichten, wenn die Institution durch einen Personalabgang die Versorgung durch eine bestimmte Facharztgruppe nicht mehr gewährleisten kann. Erfolgt die Kooperation für hinzuzuziehende Ärzte mit einem in Einzelpraxis niedergelassenen Facharzt, ist auch dieser namentlich zu benennen. Mit den Sätzen 1-4/5 wird der erweiterte Landesausschuss in die Lage gesetzt, das Erfüllen der Anforderungen zu prüfen.

**Zu § 2 Absatz 3**

Absatz 3 regelt die Pflicht der Anzeige des ASV-Berechtigten gegenüber dem erweiterten Landesausschuss bei Ausscheiden eines Teammitglieds und die Frist, innerhalb der ein neues Teammitglied zu benennen ist.

<p><b>DKG</b> Alle an der ASV beteiligten Leistungserbringer (ASV-Leistungsberechtigte) sind verpflichtet dem ASV-Berechtigten ihr Ausscheiden aus der ASV-Versorgung unverzüglich mitzuteilen, damit dieser seine Aufgabe wahrnehmen kann.</p>
---

**Zu § 2 Absatz 4**

<p><b>GKV-SV</b> Absatz 4 regelt, dass die ärztlichen Mitglieder des ASV-Berechtigten alle in der Richtlinie definierten Leistungen erbringen dürfen, die hinzuziehenden Ärzte dürfen die in der Richtlinie definierten Leistungen dagegen ausschließlich auf Überweisung erbringen.</p>	<p><b>DKG</b> Absatz 4 regelt, dass zwischen den Mitgliedern des Kernteams für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis besteht und hinzuzuziehende Ärzte nur auf Überweisung/Konsil eines Mitglieds des Kernteams ASV-Leistungen erbringen können.</p>	<p><b>KBV</b> Absatz 4 regelt, dass hinzuzuziehende Ärzte nur auf Überweisung/Konsil eines Mitglieds des Kernteams tätig werden. Soweit für die Leistungen der hinzuzuziehenden Fachärzte eine extrabudgetäre Vergütung vereinbart werden kann, benötigen diese Fachärzte keine ASV-Berechtigung und erbringen auch keine ASV-Leistungen.</p>
--	---	---

**Zu § 2 Absatz 5**

<p><b>GKV-SV</b> Diese Vorschrift stellt <u>klar, dass die Teilnahme an der ASV für vertragsärztliche Leistungserbringer und für Krankenhäuser voraussetzt, dass der jeweilige Leistungserbringer in den jeweiligen Bereichen auch im Rahmen seiner vertragsärztlichen Zulassung oder seines stationären Versorgungsauftrages gemäß Landeskrankenhausplan Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen darf.</u></p>	<p><b>DKG und KBV</b> Diese Vorschrift stellt <u>einerseits für die vertragsärztlichen Leistungserbringer und andererseits für die Krankenhäuser klar, dass die ASV-Berechtigung jeweils für vertragsärztliche Leistungserbringer bzw. für Krankenhäuser voraussetzt, dass der jeweilige Leistungserbringer in dem jeweiligen Bereich auch im Rahmen seiner vertragsärztlichen Zulassung bzw. seiner stationären Versorgung Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen darf.</u></p>
---	---

Damit soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser bzw. Vertragsärzte jeweils nur in Bereichen ASV-Leistungen erbringen, in denen sie durch die ambulante bzw. stationäre Versorgung gesetzlich versicherter Patienten auch Erfahrungen haben. Es ist damit z.B. ausgeschlossen, dass ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, der ausschließlich zur hausärztlichen Versorgung vertragsärztlich zugelassen ist, in einem ASV-Team die Facharztkompetenz Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ausfüllt.

<p><b>GKV-SV</b> Entsprechend gilt, dass ein Krankenhaus, das gemäß seines stationären Versorgungsauftrages keine onkologischen Patienten versorgt, im ASV-Team nicht die Facharztkompetenz für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ausfüllen kann.</p>	<p><b>DKG und KBV</b> Ebenso ist damit, wie in der alten ABK-RL, ausgeschlossen, dass ein Krankenhaus, das keine vollstationäre neurologische Versorgung vorhält, den Teamleiter für die Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden stellt.</p>
--	---

**Zu § 3 - Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V / Personelle Anforderungen**

<p><b>GKV-SV</b> <b>§ 3 Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V</b></p>	<p><b>DKG und KBV</b> <b>§ 3 Personelle Anforderungen</b></p>
---	---

**Zu § 3 Absatz 1**

Die Regelung in Satz 1 hebt hervor, dass die ASV regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team erfordert.

<p><b>GKV-SV, DKG und KBV</b> Abweichende Regelungen sind <u>insoweit z.B. bei seltenen Erkrankungen oder hochspezialisierten Leistungen</u> möglich, bei denen allein die besondere Expertise eines einzelnen Fachgebietes <u>oder besondere technische Anforderungen</u> die Zugehörigkeit zur ASV begründen und dies entsprechend in den Konkretisierungen definiert ist.</p>	<p><b>PatV</b> Abweichende Regelungen sind <u>insbesondere</u> bei seltenen Erkrankungen möglich, bei denen allein die besondere Expertise eines einzelnen Fachgebietes die Zugehörigkeit zur ASV begründen <u>kann</u> und dies entsprechend in den Konkretisierungen definiert ist.</p>
--	---

Satz 2 stellt klar, dass es nicht erforderlich ist, dass eine Einrichtung sämtliche personellen Anforderungen alleine erfüllt. Die personellen Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit können vielmehr auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen (Leistungskooperationen) erfüllt werden, die in unterschiedlichen Konstellationen innerhalb eines Sektors (intrasektoral – z.B. Vertragsarzt-Vertragsarzt, Vertragsarzt-MVZ, Krankenhaus-Krankenhaus) oder sektorenübergreifend (intersektoral – z.B. Krankenhaus-Vertragsarzt, Krankenhaus-MVZ) möglich sind.

### Zu § 3 Absatz 2

In Satz 1 werden zunächst die drei Ebenen des interdisziplinären Teams benannt. Es handelt sich um die Teamleitung, das Kernteam und die hinzuzuziehenden Ärzte. In den folgenden Sätzen werden die Ebenen des Teams funktionsbezogen definiert.

Nach Satz 2 hat die Teamleitung die Aufgabe, die Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren. Als Teamleitung werden in den Anlagen der Richtlinie erkrankungs- bzw. leistungsspezifisch die Fachgebiete oder Facharztkompetenzen vorausgesetzt, in deren Kernbereich die Behandlung der jeweiligen Erkrankung bzw. die Erbringung der jeweiligen Leistung fällt. Sind in den Anlagen mehrere Fachgebiete oder Facharztkompetenzen als Teamleitung benannt, kann die Leitung des Teams alternativ von einer der genannten Qualifikationen gewährleistet werden. Die Teamleitung gehört dem Kernteam an.

<p><b>GKV-SV, DKG und KBV</b> Das Kernteam besteht nach Satz 3 aus Fachärzten, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung <u>in der Regel</u> eingebunden werden müssen.</p>	<p><b>PatV</b> Das Kernteam besteht nach Satz 3 aus Fachärzten, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung eingebunden werden müssen.</p>
---	--

Die geforderten Qualifikationen der Mitglieder des Kernteams sind erkrankungs- bzw. leistungsspezifisch in den Anlagen geregelt. Die Mitglieder des Kernteams müssen nach Satz 4 die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen. Die Regelung trägt dem interdisziplinären Ansatz der ASV Rechnung und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern. Außerdem soll mit der Vorschrift für den Patienten gewährleistet werden, dass er, wie unter der ABK-RL bisher auch, einen erheblichen Teil der ASV an einem Ort in Anspruch nehmen kann. Mit der Vorschrift, dass die Mitglieder des Kernteams lediglich mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung die ASV-Leistungen anbieten müssen, soll ein unzumutbarer Aufwand für die Leistungserbringer vermieden werden.

Der Tätigkeitsort der Teamleitung ist für vertragsärztliche Leistungserbringer in der Regel der Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz). Tätigkeitsorte können aber auch der Standort einer Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisräume sein. Wird die Teamleitung von einem im Kran-

kenhaus bzw. in einem MVZ angestellten Arzt wahrgenommen, ist der Tätigkeitsort in der Regel der Standort des Krankenhauses bzw. des MVZ.

In Satz 5 wird geregelt, dass an immobile Apparate (z.B. MRT, CT) gebundene Leistungen sowie Labor- und Pathologieleistungen nicht zwingend am Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen sind.

**GKV-SV**

Mit der Regelung in Satz 6 soll sichergestellt werden, dass für den Patienten weiterhin gewährleistet ist, dass er, trotz der Ausnahmeregelung für Großgeräte, nicht unangemessen weite Wege zwischen den Mitgliedern des ASV-Berechtigten/Teams zurücklegen muss.

In Satz 6/7 wird die dritte Ebene des Behandlungsteams – die hinzuzuziehenden Ärzte – definiert. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass ihre Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden. Die Leistungen der hinzuzuziehenden Ärzte müssen nicht am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht werden.

<p><b>GKV-SV</b> Sie müssen <u>innerhalb von maximal 30 Minuten</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.</p>	<p><b>DKG und KBV</b> Sie müssen <u>in angemessener Nähe</u> zum Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. <u>Der erweiterte Landesausschuss soll bei den Anzeigen nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V jeweils unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen sowie einer den Patienten zumutbaren Mobilität entscheiden, ob die Leistungserbringung durch hinzuzuziehende Ärzte sich in angemessener Nähe zum Tätigkeitsort der Teamleitung befindet.</u></p>	<p><b>PatV</b> Sie müssen innerhalb <u>von maximal 30 Minuten</u> vom Tätigkeitsort der Teamleitung <u>auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln</u> erreichbar sein.</p>
--	--	---

Ziel dieser Regelung ist, dass der Patient, ähnlich wie nach den Bestimmungen der ABK-RL, keine unangemessen weiten Wege für seine Behandlung in Anspruch nehmen muss.

**GKV-SV**

Zudem können die erweiterten Landesausschüsse nur mit einer präzisen und verbindlichen Vorgabe des G-BA eine für alle Patienten in der Bundesrepublik gleichmäßige Versorgung in der ASV gewährleisten.

**Zu § 3 Absatz 3**

In den Anlagen sind die geforderten Qualifikationen der Mitglieder des interdisziplinären Teams auf Grundlage der in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definierten Gebietsbezeichnungen sowie Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen geregelt. Satz 3 weist darauf hin, dass in den Anlagen teilweise unterschiedliche personelle Anforder-

rungen für die Behandlung einer Erkrankung bei Erwachsenen einerseits und Kindern und Jugendlichen andererseits geregelt sein können.

### **Zu § 3 Absatz 4**

Die Vorschrift stellt in Satz 1 klar, dass die Diagnosestellung und leitende therapeutische Entscheidungen von den Mitgliedern des Teams persönlich zu treffen sind. Es gilt insoweit der Facharztstatus. Dieser gilt auch für die Vertretung von Teammitgliedern, z.B. bei Urlaub oder Krankheit. Eine länger als sechs Wochen dauernde Vertretung ist nach Satz 3 dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Mit der Regelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass auch zur Weiterbildung beschäftigte Ärzte entsprechend des Standes ihrer Weiterbildung in die Behandlung einbezogen werden können (Facharztstandard). Durch diese Regelung wird einerseits gewährleistet, dass die Kenntnisse und Erfahrungen der an der ASV teilnehmenden Fachärzte auch im Rahmen der Weiterbildung an junge Ärzte weitervermittelt werden. Andererseits trägt die Regelung der üblichen Arbeitsorganisation und Einbeziehung von Weiterbildungsassistenten in Krankenhäusern, aber auch in Praxen niedergelassener Ärzte, Rechnung.

### **Zu § 3 Absatz 5**

Absatz 5 stellt klar, dass die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen sowie sich regelmäßig in den jeweiligen Fachgebieten bzw. Schwerpunkten fortbilden müssen.

Mit dem Hinweis auf die Geltung der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V ist gewährleistet, dass die an der ASV teilnehmenden Fachärzte auch die persönlichen Voraussetzungen der in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Anforderungen für die Erbringung bestimmter Leistungen entsprechend erfüllen müssen.

## **Zu § 4 – Sächliche und organisatorische Anforderungen**

### **Zu § 4 Absatz 1**

Die erkrankungs- und leistungsspezifischen sächlichen und organisatorischen Anforderungen werden in den Anlagen geregelt. Soweit das Vorhalten bestimmter Bereiche gefordert ist, kann dies auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen (Leistungskooperationen) gewährleistet werden.

<p><b>GKV-SV und PatV</b> Satz 3 stellt klar, dass, sofern die Konkretisierungen die Vorhaltung bestimmter Bereiche (Intensivstation, Notfalllabor oder bildgebende Diagnostik) vorschreiben, diese, im Sinne der Patientensicherheit, innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein müssen.</p> <p>In Satz 4 wird klargestellt, dass nicht-ärztliche Berufsgruppen, beispielsweise Physiotherapeuten, wie im vertragsärztlichen Bereich einbezogen werden. Entsprechend erfolgt die Zusammenarbeit auf Grundlage einer Verordnung.</p>	<p><b>DKG und KBV</b> Ist die Vorhaltung einer Intensivstation, eines Notfalllabors oder 24-Stunden-Notfallversorgung in den Anlagen vorgeschrieben, müssen diese in angemessener Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung liegen. Auch hier hat der erweiterte Landesausschuss jeweils unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen sowie einem den Patienten zumutbaren Transport entsprechend zu entscheiden. Der Besonderheit, dass es sich hier um die Versorgung von Notfallsituationen handelt, ist im Sinne der Patientensicherheit angemessen Rechnung zu tragen.</p>
--	---

**Zu § 4 Absatz 2**

Mit dem Hinweis auf die Geltung der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V in Satz 1 ist gewährleistet, dass in der ASV für die Erbringung bestimmter Leistungen auch die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen einschließlich der Anforderungen an die Hygienequalität entsprechend erfüllt sein müssen.

<p><b>GKV-SV, DKG und KBV</b> Mit der Anforderung <u>behindertengerechter Zugänge</u> zu den Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung wird den besonderen Erfordernissen dieser Patienten im Rahmen der medizinischen Versorgung Rechnung getragen.</p>	<p><b>PatV</b> Mit der Anforderung <u>barrierefreier Zugänge</u> zu den Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung wird den besonderen Erfordernissen dieser Patienten im Rahmen der medizinischen Versorgung Rechnung getragen. <u>Die Anforderung der Barrierefreiheit berücksichtigt insbesondere auch die Vorgaben der von Deutschland in 2009 ratifizierten Behindertenrechtskonvention, insbesondere Artikel 9 Absatz 1 Satz 2 lit. a BRK (Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen zu medizinischen Einrichtungen), Artikel 25 BRK (behinderten Menschen ist eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, Qualität und demselben Standard möglichst gemeindenah zur Verfügung zu stellen wie nichtbehinderten Menschen) in Verbindung mit dem allgemeinen Grundsatz der Barrierefreiheit (Zugänglichkeit) gemäß Artikel 3 BRK. Gemäß § 4 BGG (Bundesbehindertengleichstellungsgesetz) liegt Barrierefreiheit vor, wenn eine Einrichtung für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar ist.</u></p>
--	--

**Zu § 5 – Behandlungsumfang****Zu § 5 Absatz 1**

Der Behandlungsumfang wird erkrankungs- und/oder leistungsbezogen in den Anlagen der Richtlinie geregelt.

<p><b>GKV-SV und KBV</b> Er wird in den Anlagen erkrankungs- und leistungsbezogen inhaltlich definiert und in den Appendices zusätzlich durch Gebührenordnungspositionen des EBM abschließend konkretisiert. Die konkrete Beschreibung des Behandlungsumfangs ist zwingende Voraussetzung für eine spätere Umsetzung des § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V.</p>	<p><b>DKG</b> Es ist geplant, den Behandlungsumfang in den Anlagen erkrankungs- und/oder leistungsbezogen durch allgemeine Formulierungen zu beschreiben und zu versuchen, zusätzlich über Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnungspositionen des EBM zu ergänzen. Satz 2 stellt klar, dass der Behandlungsumfang für das interdisziplinäre Team gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 bestimmt wird, aber nicht abschließend</p>
---	---

	<p>aufgeführt ist. Insbesondere bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere, über die Auflistung hinausgehende ASV-Leistungen erforderlich werden. Hierdurch wird die umfängliche Versorgung des Patienten durch ein Behandlungsteam auch bei medizinisch selteneren Ereignissen, ohne erforderlichen Arztwechsel, sichergestellt.</p>
--	---

## Zu § 5 Absatz 2

<p><b>GKV-SV</b> Der vom Gesetzgeber formulierte Verbotsvorbehalt gemäß § 116b Absatz 1 Satz 3 SGB V ermöglicht es dem G-BA, im Zuge der Konkretisierung des Behandlungsumfangs Leistungen für die ASV vorzusehen, die vom EBM nicht erfasst sind. Ergänzend zum Gesetz sind Leistungen, die bereits auf Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit vom G-BA für die vertragsärztliche Versorgung überprüft und weder als nützlich noch notwendig anerkannt werden konnten, von einer Erweiterung des Behandlungsumfangs ausgeschlossen, um eine Gefährdung der Patienten zu vermeiden. Des Weiteren regelt der G-BA das Prozedere, wie Leistungen zum Behandlungsumfang der ASV hinzugefügt werden. Da die Leistungserbringung entsprechend der Richtlinie leitliniengerecht zu erfolgen hat, können nur solche Leistungen zusätzlich im Rahmen der ASV erbracht werden, die in wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien empfohlen werden.</p>	<p><b>DKG und KBV</b> Satz 1 greift die Vorgaben aus § 116b Absatz 1 Satz 3 SGB V auf, wonach auch solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfanges in der ASV sein können, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Satz 2 bestimmt, dass diesbezügliche Leistungen in den Anlagen aufgeführt werden.</p>
--	---

## Zu § 6 – Studienteilnahme

<p><b>GKV-SV</b> Klinische Studien ermöglichen den Patienten einen Zugang zu innovativen Leistungen oder Therapieansätzen - deren Nutzen-Risiko-Verhältnisse noch nicht ausreichend erforscht sind - unter standardisierten <u>und abgesicherten</u> Bedingungen.</p>	<p><b>DKG, KBV und PatV</b> Klinische Studien ermöglichen den Patienten einen Zugang zu innovativen Leistungen oder Therapieansätzen - deren Nutzen-Risiko-Verhältnisse noch nicht ausreichend erforscht sind - unter standardisierten <u>Studienbedingungen</u>.</p>
---	---

Die von der ASV erfassten komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Erkrankungen einerseits und die besondere Expertise der beteiligten Leistungserbringer andererseits erfordern in besonderem Maße, dass die an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer Patienten über klinische Studien informieren und ihnen die Teilnahme ermöglichen.

**DKG und KBV:**

Es ist dabei nicht erforderlich, dass ASV-Leistungserbringer die Studien selbst durchführen.

**Zu § 7 – Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen**

Durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit der an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden die Leistungserbringer in die Lage versetzt, interessierte Patienten auf entsprechende Angebote hinzuweisen. Durch die Kooperation wird die Grundlage für einen fachlichen Austausch mit diesen Organisationen durch den Leistungserbringer geschaffen und es eröffnen sich für den Leistungserbringer zusätzliche Informationsmöglichkeiten zur Patientenperspektive.

**Zu § 8 – Überweisungen**

<p><b>GKV-SV und KBV</b> Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird eine Überweisung durch einen Vertragsarzt vorausgesetzt. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt.</p>	<p><b>DKG</b> Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird <u>bei Erstzuweisung</u> eine Überweisung durch einen Vertragsarzt vorausgesetzt. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung <u>bei Erstzuweisung</u> die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt.</p>
<p>In den Anlagen wird weiterhin geregelt, welche Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können.</p>	
	<p>In Anlehnung an die ABK-RL bestimmt Satz 3, dass drei Jahre nach Erstzuweisung eine erneute Überweisung erforderlich wird.</p>

Satz 3/4 regelt die Ausnahme vom Überweisungserfordernis bei Zuweisung aus dem stationären Bereich und sowie bei Behandlung durch einen Vertragsarzt, der gleichzeitig für die entsprechende Indikation Mitglied eines ASV Kernteams ist.

<p><b>GKV-SV</b> Obwohl in diesen Fällen keine Überweisung erfolgen muss, besteht eine Informationspflicht gegenüber dem Patienten <u>so wie seiner Krankenkasse</u>, dass er sich nun in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung befindet.</p>	<p><b>DKG und KBV</b> Obwohl in diesen Fällen keine Überweisung erfolgen muss, besteht eine Informationspflicht gegenüber dem Patienten, dass er sich nun in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung befindet.</p>
---	--



Satz 6 stellt klar, dass die Überweisung nicht an einen bestimmten ASV-Berechtigten erfolgt, sondern, um die freie Arztwahl zu wahren, generell für eine Konkretisierung der ASV erfolgt.

<p><b>GKV-SV</b> Die Sätze 7 und 8 regeln die Informationspflichten <u>des Überweisenden und des auf Überweisung tätig werdenden ASV-Berechtigten gegenüber den Versicherten, dem überweisenden Vertragsarzt sowie den Krankenkassen. Damit wird sowohl für den Versicherten als auch für die Krankenkasse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung transparent, worin der jeweilige Leistungsanspruch besteht.</u></p>	<p><b>DKG</b> Die Sätze 4/5 und 7 regeln die Informationspflichten <u>des Überweisenden und des auf Überweisung tätig werdenden ASV-Berechtigten gegenüber dem Versicherten.</u></p>	<p><b>KBV</b> Die Sätze 4/5 und 7 regeln die Informationspflichten <u>des auf Überweisung tätig werdenden ASV-Berechtigten gegenüber den Versicherten und dem überweisenden Vertragsarzt.</u></p>
--	--	---

<p><b>GKV-SV</b> Die Dauer der Überweisung wird gemäß Satz 9 und 10 in den Anlagen geregelt.</p>	<p><b>KBV</b> Die Dauer der Überweisung <u>sowie die regelmäßigen Überprüfungsintervalle hinsichtlich des Fortbestehens der Indikation zur ASV werden</u> gemäß Satz 8 bis 11 in den Anlagen geregelt.</p>
--	--

<p><b>GKV-SV und KBV</b> Nach Satz 11/12 müssen zum Zeitpunkt der Überweisung eine gesicherte Diagnose sowie die Voraussetzungen nach § 1 Absatz 2 vorliegen. Satz 12/13 stellt klar, dass in der ASV, abweichend von Satz 11/12, die Diagnosestellung von seltenen Erkrankungen erfolgen kann sofern zur Diagnosestellung ein interdisziplinäres Team erforderlich ist.</p>	<p><b>PatV</b> Nach Satz x müssen zum Zeitpunkt der Überweisung <u>bei onkologischen Erkrankungen</u> eine gesicherte Diagnose sowie die Voraussetzungen nach § 1 Absatz 2 vorliegen. Satz y stellt klar, dass in der ASV, abweichend von Satz x, <u>in den Anlagen andere Regelungen getroffen werden können, z.B. die Diagnosestellung von seltenen Erkrankungen innerhalb der ASV.</u></p>
--	---

**DKG****Zu § 8 Absatz 2**

Der Erstzuweisung von Patienten mit schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf soll nach Satz 1 i.d.R. eine gesicherte Diagnose zu Grunde liegen. Gleichwohl kann sich eine Diagnosestellung oder die Klärung, ob es sich um eine schwere Verlaufsform einer Erkrankung handelt, äußerst schwierig gestalten. Sowohl für letztere als auch für Fälle, in denen ein ASV-Berechtigter begründete Zweifel an dem Vorliegen einer Diagnose bzw. einer schweren Verlaufsform eines ihm zugewiesenen Patienten hegt, wird den ASV-Leistungserbringern ermöglicht, die Diagnose, bzw. die schwere Verlaufsform mit geeigneten Maßnahmen zu verifizieren. Satz 3 regelt für den Fall, dass sich die Erkrankung bzw. deren schwere Verlaufsform nicht bestätigt, die bereits geleisteten Maßnahmen dennoch der ASV-Versorgung zuzurechnen sind. Anschließend muss die Versorgung nach Satz 4 jedoch wieder außerhalb der ASV-Versorgung erfolgen. Hierüber ist der Patient nach Satz 5 entsprechend zu informieren. Abweichend von den Sätzen 1-5 ist insbesondere für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose, rheumatologischen Erkrankungen und zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) oder die Versorgung von Fällen, in denen die regionalen Versorgungsstrukturen eine Diagnosestellung im Kontext der ASV-Versorgung erfordern, keine gesicherte Diagnose für die Erstzuweisung in die ASV erforderlich. Bei den genannten Erkrankungen lässt sich trotz schwieriger Verläufe die Diagnose bei einem Teil der Patienten erfahrungsgemäß erst in einem fortgeschrittenen Stadium sichern. Diesen Patienten wird hierdurch eine sachgerechte Zuweisung in die ASV-Versorgung ermöglicht. Gleiches gilt nach Satz 7 für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen, die ebenfalls für die Zuweisung in die ASV-Versorgung keine gesicherte Diagnose benötigen. Hierdurch wird der besonderen Problemstellung begegnet, dass bei seltenen Erkrankungen die Diagnosestellung häufig zu einem viel zu spätem Zeitpunkt erfolgt.

**Zu § 9– Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung**

Nach § 116b Absatz 4 Satz 3 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen ausnahmsweise eine Behandlung im Rahmen der ASV nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vorschrift verweist hinsichtlich der Kriterien, bei denen die Behandlung stationär erfolgen kann, auf den Katalog von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren gemäß § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG.

**GKV-SV**

Die besonderen Anforderungen an die ASV sollen die qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten auch mit schwersten Erkrankungen ambulant garantieren. Reicht die ASV eines schwerkranken Patienten aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht mehr aus, so ist die stationäre, jedoch nicht mehr eine teilstationäre Versorgung erforderlich.

**Zu § 10 – Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V**

<p><b>GKV-SV</b> Satz 2 stellt klar, dass bei onkologischen Erkrankungen ASV-Kooperationsvereinbarungen intersektoral zwischen Kernteams (ASV-Berechtigten) zu schließen sind. Nach Satz 3 müssen diese Kernteams zum Zeitpunkt der Kooperation jeweils die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllen. Satz 4 erklärt, wie intersektoral zusammengesetzte Teams im Sinne der ASV-Kooperation trennscharf einem Sektor zugeordnet werden, d.h. das Kernteam wird dem Sektor zugeordnet, dem die Teamleitung angehört. Nur solche Kooperationen genügen der vom Gesetzgeber formulierten Verpflichtung in § 116b Absatz 4 Satz 9-10 SGB V. Leistungskooperationen im Sinne dieser Richtlinie, die für die Erfüllung der anderen Voraussetzungen zur ASV zwischen Leistungserbringern intersektoral geschlossen werden, können diese „ASV-Kooperation“ nicht ersetzen, da letztere zusätzlich vom Gesetzgeber gefordert wurde, um die intersektorale Kooperation in der Onkologie in besonderem Maße zu fördern. Hierzu tragen insbesondere intersektorale Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen bei sowie die Abstimmung über Eckpunkte der Versorgung wie Algorithmen der Diagnostik und Therapie. Hierzu zählt die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern gemäß § 116b Absatz 4 Satz 9-10 SGB V über die Nutzung der genannten Algorithmen, über Assessments der Betroffenen durch einheitliche Skalennutzung, über ein einheitliches</p>	<p><b>DKG</b> <b>Zu § 10 Absatz 1</b> Absatz 1 Satz 1 weist auf die gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V bestehende Erforderlichkeit einer Kooperationsvereinbarung zwischen Leistungserbringern im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen hin. Gleichzeitig wird an dieser Stelle für diese Art der Kooperation die Begrifflichkeit „ASV-Kooperation“ definitorisch festgelegt. Satz 2 regelt, dass es sich hierbei um intersektorale Kooperationen zwischen geeigneten Leistungserbringern handeln muss. Diese intersektoralen Kooperationen können sowohl zwischen zwei eigenständigen ASV-Teams zur selben Erkrankung, aber unterschiedlichen Sektoren zugehörend, geschlossen werden, als auch zwischen geeigneten Leistungserbringern innerhalb eines Teams nach § 3 Absatz 2. Bei eigenständigen ASV-Teams ergibt sich die jeweilige Zugehörigkeit des Sektors aus dem Sektor, dem die jeweilige Teamleitung angehört. Zudem ist es nicht ausgeschlossen, dass ein Leistungserbringer mehrere ASV-Kooperationen eingehen kann. Wie in Satz 3/5 beschrieben, liegt der wesentliche Zweck dieser Art der Kooperationsvereinbarungen in der Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. Satz 4/6 verdeutlicht noch einmal den Unterschied zwischen der in diesem Paragraphen näher geregelten ASV-Kooperation und der zum Zwecke der Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß § 3 und 4 dieser Richtlinie ggf. erforderlichen Leistungs-</p>	<p><b>KBV</b> Für die ASV-Berechtigung ist im Bereich der Onkologie eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich.</p>
--	---	--

<p>Vorgehen bei der Bestimmung einer Strahlendosis, über die Nutzung einheitlicher Skalen zur Feststellung der unerwünschten Wirkungen der Chemotherapie, über additive Maßnahmen, über Wiedervorstellungsalgorithmen einschließlich der Inhalte der Kontrollen sowie über Einweisungskriterien für die stationäre Aufnahme.</p>	<p>Kooperationen.  <b>Zu § 10 Absatz 2</b>  In Absatz 2 wird festgelegt, dass die entsprechende vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation dem nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 SGB V vorzulegen ist. Gleichzeitig erfolgt ein Verweis auf die gesetzlichen Regelungen, die sich auf den Fall beziehen, dass eine solche ASV-Kooperation nicht zustande kommt.  <b>Zu § 10 Absatz 3</b>  In Absatz 3 werden die Gegenstände einer Vereinbarung zur ASV-Kooperation näher beschrieben. So ist vorgesehen, dass die Vereinbarung Abstimmungen über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie enthalten soll. Hierdurch kann beispielsweise eine Harmonisierung in Bezug auf relevante Versorgungsaspekte erreicht werden. Inhalt von ASV-Kooperationsvereinbarungen sind darüber hinaus Aspekte der Arbeitsteilung in Bezug auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten, wobei regionale Gegebenheiten und die Qualifikation der an der ASV-Kooperation Beteiligten eine wichtige Rolle spielen. Des Weiteren werden die ASV-Kooperationspartner verpflichtet, mindestens zweimal jährlich gemeinsame patientenorientierte Fallkonferenzen durchzuführen.</p>	
--	--	--

**KBV****Zu § 11 - Überprüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität**

Nach § 116b Absatz 6 Satz 10 SGB V kann der G-BA eine Regelung treffen. Diese wird im Nachgang zu diesem Richtlinienbeschluss formuliert.

**Zu § 12 - Mindestmengen**

<b>GKV-SV</b> Die Regelungen zu den Mindestmengen wurden aus der ABK-RL übernommen und an die neuen Gegebenheiten angepasst.	<b>DKG und KBV</b> Sofern Mindestmengen gefordert werden, sind diese in den Anlagen geregelt.	<b>PatV</b> Die Anlagen enthalten Regelungen zu den Mindestmengen.
---	--	---

<b>GKV-SV und PatV</b> Dieses bedeutet, dass die definierten Mindestmengen nicht auf das zur Behandlung ermächtigte Krankenhaus abstellen, sondern auf den ASV-Berechtigten. Die Mindestmengen müssen von den Ärzten des Kernteams nachgewiesen werden. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfordert eine spezielle Erfahrung und Expertise der behandelnden Fachärzte, was durch eine Mindestmenge der zu behandelnden Patienten mit entsprechenden Erkrankungen sichergestellt werden soll (Strukturanforderung).
---

**Zu § 13 – Qualitätssicherung**

Ähnlich wie in § 3 Absatz 1 Satz 3 ABK-RL wird klarstellend darauf hingewiesen, dass neben den in der Richtlinie geregelten personellen und sächlichen Anforderungen auch die in anderen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Versorgungsbereich andererseits entsprechend gelten. So wäre z.B. denkbar, dass in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ein Qualitätssicherungsverfahren für eine in der ASV-RL geregelte Erkrankung eingeführt wird.

<b>PatV</b> <b>Zu § 14 – Evaluation</b> Gemäß § 116b Absatz 9 SGB V obliegt dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam eine Bewertungs- und Berichtspflicht. Die Ergebnisse der Bewertung werden dem G-BA zeitgleich mit dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zugeleitet. Die Bewertung ist Grundlage für eine Überprüfung der in der Richtlinie getroffenen Regelungen.
---

**Zu § 15 – Dokumentationsanforderungen und -regeln / Dokumentation**

<b>GKV-SV</b> <b>§ 15 - Dokumentationsanforderungen und -regeln</b> Die Abgrenzung der zu behandelnden Patienten und Krankheitsbilder, insbesondere die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen, macht einheitliche Regelungen zu Erfassung, Format und Inhalt der Leistungs- und Abrechnungsdaten notwendig. Nur so kann gewährleistet werden, dass ASV-Berechtigte mit ihren unterschiedlichen sektoralen Traditionen Leistungen entsprechend den Vorschriften des § 116b SGB V einheitlich dokumentieren. Entsprechende Regelungen sind vom ergänzten Bewertungsausschuss zu treffen.	<b>DKG und KBV</b> <b>§ 15 - Dokumentation</b> Der Umfang der Dokumentationspflichten wird in Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen jeweils in den Anlagen definiert (beispielsweise die Erfüllung der Kriterien des „schweren Verlaufs“). Diese sind bürokratiearm auszugestalten.
---	---

**Zu § 16 – Patienteninformation**

<p><b>GKV-SV</b>          Patienteninformationen stärken die Selbstbestimmung von Patienten und können damit einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung leisten. Von besonderer Bedeutung sind die schriftlichen Informationen über die ASV beim Wechsel in einen anderen Sektor, um Schnittstellenprobleme bei der Patientenversorgung möglichst zu vermeiden.</p>	<p><b>DKG und KBV</b>          Im Rahmen der ASV werden auch ausreichende Kenntnisse über diese Versorgungsform bei den Patientinnen und Patienten als zweckmäßig angesehen. In Satz 1 ist demnach geregelt, dass diese spätestens bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche Erläuterungen über diese Versorgungsform erhalten. Mit Satz 2 wird zudem geregelt, dass bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV den Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen ist. Damit soll ein möglichst reibungsloser Übergang am Ende der ASV-Versorgung sichergestellt werden.</p>	<p><b>PatV</b>          Die Sätze 1 und 2 stellen sicher, dass der Patient zu Beginn der ASV Informationen über diese neue Versorgungsform erhält. Diese umfassen Informationen über das Behandlungsteam, alternative ASV-Teams sowie zu Rahmenbedingungen und Ansprechpartnern. Hierzu erstellt der G-BA ein Merkblatt, das dem Patienten ausgehändigt wird.          Satz 3 trifft Regelungen zur Überleitung in die vertragsärztliche Versorgung nach Abschluss der Behandlung in der ASV. Gemäß § 11 Absatz 4 SGB V haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. ASV kann und soll auch stationäre Aufenthalte von Patienten verhindern. Für den Übergang eines Patienten aus einer behandlungsintensiven ASV zurück in die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der ASV bedarf es daher einer konkretisierenden Regelung in Anlehnung an das Entlassmanagement im stationären Bereich, die nicht nur zu einer Information des Patienten führt, sondern auch des weiterbehandelnden Vertragsarztes. Die Überleitung muss daher mindestens einen Entlass- bzw. Überleitungsbrief mit Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlagen; Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege und evtl. Kontrolltermine enthalten sowie eine Anleitung zur Fortsetzung einer Arzneimitteltherapie gemäß § 115c SGB V in analoger Anwendung.</p>
--	---	--

### 3. Bürokratiekosten

Durch diesen Beschluss werden zunächst keine Informationspflichten gemäß Anlage II zum 1. Kapitel Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) ausgelöst. Daher entfällt eine Bürokratiekostenermittlung nach 1. Kapitel § 5a VerfO i. V. m. § 91 Abs. 10 SGB V. Die zu erwartenden Bürokratiekosten ergeben sich erst aus der Konkretisierung der Erkrankungen und Leistungen in den Anlagen 1 bis 3 der Richtlinie und können nur in diesem Zusammenhang ermittelt werden.

### 4. Verfahrensablauf

Der Unterausschuss Sektorenübergreifende Versorgung (UA SV) hat am 8. Februar 2012 in seiner ersten Sitzung nach Inkrafttreten der Neufassung des § 116b SGB V die zuständige AG beauftragt, die bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen zu beraten. Die zuständige AG, die mit Beschluss des Unterausschusses vom 25. April 2012 in „AG ASV“ umbenannt wurde, hat die bei der Umsetzung des § 116b SGB V vom G-BA zu klärenden Fragen identifiziert, die Positionen der Träger und der Patientenvertretung beraten und gemeinsame Lösungsvorschläge erarbeitet. Der zwischenzeitlich durch das Plenum am 21. Juni 2012 eigens für die Umsetzung des § 116b SGB V eingerichtete Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV) hat in seiner konstituierenden Sitzung am 27. August 2012 den Auftrag der AG dahingehend erweitert, dem Unterausschuss zur Sitzung am 28. November 2012 einen Beschlussskizzenentwurf mindestens für Eckpunkte und soweit möglich für Teile der Richtlinie vorzulegen. Auf Basis der bereits vorliegenden Beratungsergebnisse wurde zunächst der für alle von der Richtlinie erfassten Erkrankungen und Leistungen geltende Teil der Richtlinie erstellt, für den der Unterausschuss ASV am 28. November 2012 die Einleitung des Stellungsnahmeverfahrens beschlossen hat.

Die Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V durch den G-BA wurde im Jahr 2012 in insgesamt sechs Unterausschuss- und 17 AG-Sitzungen beraten. Die Schwerpunkte der einzelnen Beratungen sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet.

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
13. Januar 2012	AG Anlagen	Beratung zur Umsetzung der am 01.01.2012 mit dem GKV-VStG in Kraft getretenen Neufassung des § 116b SGB V
8. Februar 2012	Unterausschuss SV	Beauftragung der AG Anlagen, Schwerpunkte der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu identifizieren und zu beraten
20. Februar 2012	AG Anlagen	Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen
5. März 2012	AG Anlagen	Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen
28. März 2012	AG Anlagen	Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen
16. April 2012	AG Anlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auflistung und Konkretisierung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen</li> <li>• Beratung zum Anpassungsbedarf in der Verfahrensordnung des G-BA</li> </ul>

25. April 2012	Unterausschuss SV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratung der bei der Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V zu klärenden Fragen</li> <li>Umbenennung der AG Anlagen in AG ASV</li> </ul>
7. Mai 2012	1. Sitzung der AG ASV	Beratung zu den Ebenen des Behandlungsteams und zur Konkretisierung von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen durch andere Klassifikationssysteme als ICD-Kodierung
4. Juni 2012	2. Sitzung der AG ASV	Beratung zu den Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, seltene Erkrankungen, ASV-Kooperationen
18. Juni 2012	3. Sitzung der AG ASV	Beratung zu den Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, seltene Erkrankungen, ASV-Kooperationen
21. Juni 2012	Plenum	Einrichtung eines neuen Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV)
16. Juli 2012	4. Sitzung AG ASV	Beratung zu den Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, seltene Erkrankungen, ASV-Kooperationen
6. August 2012	5. Sitzung AG ASV	Beratung zu Ebenen des Behandlungsteams, Behandlungsumfang, Definition schwerer Verlaufsformen, ASV-Kooperationen
20. August 2012	6. Sitzung AG ASV	Beratung zu den Ebenen des Behandlungsteams, Definition schwerer Verlaufsformen, ASV-Kooperationen
27. August 2012	Konstituierende Sitzung des Unterausschusses ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beauftragung der AG ASV zur Erarbeitung von Vorschlägen zur Umsetzung der Neufassung des § 116b SGB V</li> <li>Beratung zu Definition schwerer Verlaufsformen, gesicherte Diagnose, Facharztstatus/Facharztstandard, Ebenen des Behandlungsteams</li> </ul>
7. September 2012	7. Sitzung AG ASV	Beratung zur Erarbeitung des Entwurfs der ASV-RL
26. September 2012	Unterausschuss ASV	Beratung zu Definition schwerer Verlaufsformen, gesicherte Diagnose, Überweisungserfordernis, Kooperationen, Ort der Leistungserbringung, Behandlungsumfang
15. Oktober 2012	8. Sitzung AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratung zu Definition schwerer Verlaufsformen, gesicherte Diagnose und Überweisungserfordernis</li> <li>Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> </ul>
24. Oktober 2012	Unterausschuss ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratungen zu Kooperationen, Ort der Leistungserbringung, Behandlungsumfang</li> <li>Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> </ul>
5. November 2012	9. Sitzung AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorstellung eines Eckpunktepapiers zur Erstellung der Anlagen der ASV-RL durch den GKV-SV</li> <li>Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> </ul>
19. November 2012	10. Sitzung AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratung zum Paragraphenteil der ASV-RL</li> </ul>
28. November 2012	Unterausschuss ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratung des Entwurfs der ASV-RL</li> <li>Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zum Entwurf der</li> </ul>



		ASV-RL
3. Dezember 2012	11. Sitzung AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung über die Tragenden Gründe zum Entwurf der ASV-RL</li> </ul>
17. Dezember 2012	12. Sitzung der AG ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalisierung der Tragenden Gründe zum Entwurf der ASV-RL</li> <li>• Beratung zum Entwurf einer Konkretisierung</li> </ul>

## 5. Fazit

*[folgt]*

Berlin, den **T. Monat JJJJ**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

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

**zum**

**Entwurf der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL)**

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)



## Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern  
Deutscher Ärztetag  
Hauptgeschäftsführer

Berlin, 16.01.2013

Fon  
+49 30 400 456-400

Fax  
+49 30 400 456-380

E-Mail  
bernhard.rochell@baek.de

Diktatzeichen  
RI/Zo/Ke

Aktenzeichen  
872.010

Seite  
1 von 1

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Herrn Dr. med. Thilo Grüning, MSc  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche  
Versorgung nach § 116b SGB V  
hier: Ihr Schreiben vom 19.12.2012**

Sehr geehrter Herr Dr. Grüning,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Bernhard Rochell

**Anlage**

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Postfach 12 08 64  
10598 Berlin

Fon +49 30 400 456-0  
Fax +49 30 400 456-388

info@baek.de  
www.baek.de



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche  
Versorgung nach § 116b SGB V

Berlin, 16.01.2013

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 19.12.2012 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich der Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) aufgefordert.

Der Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde vom Gesetzgeber zum 01.01.2012 mit der Neufassung des § 116b SGB V im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) geschaffen. In der vorher geltenden Fassung regelte der § 116b SGB V die Berechtigung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen. Als wesentliche Begründung für die Änderung wurde vom Gesetzgeber angeführt, dass die streng sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung in eine vertragsärztliche Versorgung und eine Krankenhausversorgung der medizinischen Entwicklung und den Behandlungsnotwendigkeiten nicht mehr hinreichend gerecht wird und daher durch die Einführung des sektorenverbindenden Versorgungsbereiches der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung überwunden werden soll.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde vom Gesetzgeber die Aufgabe übertragen, das Nähere zur ASV bis zum 31.12.2012 in einer Richtlinie auszugestalten (§ 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V). Die nun vorgelegte Erstfassung der ASV-RL bzw. des allgemeinen Paragraphenteils der ASV-RL regelt die Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die grundsätzlich für alle in den noch nicht vorgelegten Anlagen konkretisierten schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gemeinsam gelten. Zu den Anlagen hat der Gemeinsame Bundesausschuss gesonderte Stellungnahmeverfahren angekündigt. Angesichts des Umfangs und der Komplexität der in den Anlagen zu regelnden Sachverhalte erwartet die Bundesärztekammer eine schrittweise Vorgehensweise.

**Anlässlich der Erstfassung der ASV-Richtlinie erlauben wir uns zunächst folgende grundsätzliche Anmerkungen:**

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass in der besseren, sektorenübergreifenden Verzahnung der fachärztlichen Versorgung ein entscheidendes Optimierungspotential liegt. Nichtsdestotrotz hatte die Bundesärztekammer im Gesetzgebungsverfahren ihre Bedenken bezüglich der konkreten Ausgestaltung der ASV im GKV-VStG deutlich gemacht. U. a. fehlt eine Begründung für die Auswahl der in den § 116b SGB V aufgenommenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen. Weiterhin hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass von einem zunehmenden bürokratischen Aufwand auszugehen sei, wenn etwa personelle und sachliche Anforderungen an die Durchführung von Leistungen jeweils Krankheiten-spezifisch sehr unterschiedlich gestaltet und auch nachgewiesen werden müssen. Auch das Erfordernis einer trennscharfen, da erlöswirksamen Abgrenzung einer mit der ASV quasi neugeschaffenen Versorgungsform von der Regelversorgung wird erheblichen Dokumentationsaufwand nach sich ziehen. Inwieweit die ASV als Modell zur Überwindung der sektoralen Grenzen taugt, bleibt abzuwarten. Trotz der immer wieder betonten Bedeutung der sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt der Gesetzgeber das Gesundheitswesen sektorspezifisch weiter, wie dies u. a. gerade bei der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung geschehen ist.

## **Die Bundesärztekammer nimmt zur beabsichtigten Erstfassung der ASV-Richtlinie wie folgt Stellung:**

- **§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Regelungsvorschlag von DKG und KBV in § 2 Absatz 1 Satz 1 der ASV-Richtlinie, wonach ASV-Berechtigte die einzelnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind. Der Vorschlag des GKV-SV, nur das „Kernteam“ als ASV-Berechtigte zu verstehen, sieht die Bundesärztekammer nicht von den Vorgaben des § 116b SGB V gedeckt.

Zugleich spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, in § 2 Absatz 2 zunächst von „Leistungserbringern“ zu sprechen. Erst durch das in § 116b Absatz 2 SGB V beschriebene Anzeige- und Prüfverfahren werden aus Leistungsbringern „ASV-Berechtigte“.

Hinweisen möchte die Bundesärztekammer ferner darauf, dass in den bisherigen Formulierungsvorschlägen zu § 2 der Richtlinie die Begriffe „Team“ und „Kernteam“ verwendet werden, die allerdings erst in § 3 erläutert werden.

Betreffend des in § 2 Absatz 3 geregelten Ausscheidens von einzelnen Leistungserbringern sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer zwischen Mitgliedern des Teams und des Kernteams unterschieden werden. Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie Leistungen, die in der Regel notwendig sind, in der Übergangszeit erbracht werden. Hierzu finden sich keine Aussagen in dem Richtlinienentwurf. Bezüglich der Fristen spricht sich die Bundesärztekammer für den Vorschlag von DKG und KBV aus.

- **§ 3 Personelle Anforderungen**

§ 3 der Richtlinie regelt im Unterschied zu § 4, in dem die sächlichen und organisatorischen Anforderungen näher bestimmt werden, die personellen Anforderungen und sollte daher auch so überschrieben werden. Beide Regelungen bestimmen die Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Bezüglich des § 3 Absatz 2 spricht sich die Bundesärztekammer für die Aufnahme der Formulierungen „in der Regel“ und „in angemessener Nähe“ aus. Die Nennung von 30 Minuten stellt eine zu starre Vorgabe angesichts der sehr unterschiedlichen regionalen Bedingungen dar.

Gemäß § 116b SGB V sind in der ASV-Richtlinie die Qualifikationen der teilnehmenden Ärzte zu regeln. Die Bundesärztekammer unterstützt daher den Formulierungsvorschlag von GKV-SV, DKG und KBV. Warum in § 3 Absatz 3 Satz 3 darauf hingewiesen wird, dass für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Anlagen teilweise abweichende Qualifikationen geregelt werden, erschließt sich der Bundesärztekammer nicht; auch aus den tragenden Gründen geht eine Begründung nicht hervor.

Die in § 3 Absatz 4 dargelegte Klarstellung bezüglich der Einbeziehung von Ärzten in Weiterbildung in die ASV begrüßt die Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer empfiehlt allerdings, die beiden Begriffe „Facharztstatus“ und „Facharztstandard“ ersatzlos zu streichen. Der Einschub der beiden Begriffe erweckt den Eindruck, dass es sich hierbei um Legaldefinitionen handelt. Dies ist nicht der Fall.

- **§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

Hinsichtlich des § 4 Absatz 1 Satz 3 unterstützt die Bundesärztekammer den Vorschlag von DKG und KBV sowohl bezüglich der abschließenden Nennung der drei „bestimmten Bereiche“, die in angemessener Entfernung vorzuhalten sind, als auch bezüglich der Formulierung „in angemessener Entfernung“.

Ferner spricht sich die Bundesärztekammer entsprechend dem Vorschlag der PatV für die Verwendung des Begriffs „barrierefrei“ aus. Barrierefreiheit drückt aus, dass nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch ältere Menschen und Personen mit Kleinkindern freie Zugänglichkeit erhalten sollen. Barrierefreiheit ist nach unserer Kenntnis die neuere und korrektere Bezeichnung. Inwieweit unterschiedliche inhaltliche Vorstellungen mit den beiden Formulierungsvorschlägen verbunden sind, ist weder dem Richtlinienentwurf noch den tragenden Gründen zu entnehmen.

- **§ 5 Behandlungsumfang**

Obleich der Behandlungsumfang der ASV in den Anlagen – abschließend – geregelt werden kann, weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass sich auch für an der ASV teilnehmende Patienten der Behandlungsumfang grundsätzlich aus der medizinischen Notwendigkeit ergibt und durch § 12 SGB V bestimmt wird. Die Therapiefreiheit kann und darf nicht weiter über die ASV-RL eingeschränkt werden.

Den Regelungsvorschlag von DKG und KBV, dass für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, in den Anlagen aufgeführt werden, sieht die Bundesärztekammer als ausreichend an.

- **§ 8 Überweisungen**

Die Bundesärztekammer spricht sich hinsichtlich der Regelung des Überweisungsvorbehaltes für die Vorschläge von GKV-SV, KBV und PatV in § 8 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 und im Folgenden für die von der KBV vorgeschlagenen Sätze 8 bis 11 aus.

Bezüglich der Informationspflichten sieht die Bundesärztekammer die ASV-Berechtigten in der Pflicht, Versicherte und einweisende Vertragsärzte über Aufnahme und Abschluss der ASV zu informieren. Weshalb der GKV-SV fordert, dass auch die Krankenkasse zu informieren sei, erschließt sich nicht. Krankenkassen erhalten im Rahmen des Anzeigeverfahrens gemäß § 116b Absatz 2 SGB V und die Tatsache, dass nach § 116b Absatz 6 SGB V die Leistungen der ASV unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden, ohnehin einen umfassenden Überblick über diese Versorgung.

Nicht ausreichend ist nach Auffassung der Bundesärztekammer der Formulierungsvorschlag in § 8 Absatz 1 Satz 4 bzw. 5. Patienten sind nicht „nur“ darüber zu informieren, dass sie sich in der ASV befinden. Vielmehr ist zu prüfen, ob auf der Grundlage des bestehenden Arzt- und Berufsrechtes bzw. demnächst auch des Patientenrechtegesetzes nicht weitergehende Rechte der Patienten bestehen. Die Bundesärztekammer verweist daher insbesondere auf die Regelungen zur Informations- und Aufklärungspflicht sowie zur Einwilligung.

Da der Gesetzgeber die Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen begrenzt hat, geht die Bundesärztekammer davon aus, dass für diese Erkrankungen eine gesicherte Diagnose vorliegen muss. Die Bundesärztekammer unterstützt daher den Vorschlag von GKV-SV und KBV in § 8 Absatz 1 Sätze 11 bzw. 12 bis 12 bzw. 13.

- **§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung**

Der Gesetzgeber hat in § 116b Absatz 4 Satz 3 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, in Bezug auf Krankenhäuser zu bestimmen, bei welchen Tatbeständen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Wenngleich somit der Gesetzgeber davon ausgeht, dass eine teilstationäre oder stationäre Durchführung nur ausnahmsweise erforderlich sein wird, schließt er die

teilstationäre Leistungserbringung nicht aus. Die Bundesärztekammer spricht sich daher gegen den Formulierungsvorschlag des GKV-SV aus.

- **§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V**

Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass insbesondere Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen von Kooperationen zwischen Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsbereiche profitieren. Die Festlegung eines Kooperationserfordernisses zwischen zwei Kernteams, wie vom GKV-SV gefordert, die jeweils sämtliche Kernleistungen selbst bereitstellen und ggf. bereits sektorenübergreifend zusammengesetzt sind, erschließt sich der Bundesärztekammer nicht. Nach Auffassung der Bundesärztekammer geht es um eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen einzelnen Leistungserbringern.

- **§ 12 Mindestmengen**

Die Bundesärztekammer befürwortet, dass Vorgaben zu Mindestmengen – sofern überhaupt notwendig – jeweils spezifisch in die Anlagen aufgenommen werden und keine grundsätzliche Regelung in den allgemeinen Paragrafenteil aufgenommen wird.

- **§ 13 Qualitätssicherung**

Die Bundesärztekammer erkennt in der differenzierteren Formulierung von DKG und KBV in § 13 Satz 3, wonach es getrennte Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits gibt, eine zutreffende Abbildung der derzeitigen Situation, hält diese Differenzierung aber durch den Verweis auf die geltende gesetzliche Grundlage nach § 135a und 137 SGB V für verzichtbar und unterstützt daher den knapperen Formulierungsvorschlag von GKV-SV und PatV.

- **§ 14 Evaluation**

Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung der PatV, dass die Ergebnisse der nach § 116b Absatz 9 SGB V vorgeschriebenen Bewertung nicht nur dem Bundesministerium für Gesundheit, sondern auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegt werden. Wenngleich dies vom Gesetzgeber nicht vorgesehen wurde, sollte auch der Gemeinsame Bundesausschuss Gelegenheit erhalten, im Sinne eines lernenden Systems die Auswirkungen der von ihm erarbeiteten Richtlinie zu beraten und ggf. Handlungsbedarf für die Anpassung der Richtlinie zu identifizieren. Darüber hinausgehend wäre im Interesse einer umfassenden Transparenz die Veröffentlichung der Ergebnisse wünschenswert.

- **§ 15 Dokumentationsanforderungen und -regeln**

Der Umfang der Dokumentationspflichten von Ärzten ist grundsätzlich durch gesetzliche Normen des Arzt- und Berufsrechtes geregelt und wird zudem durch das Patientenrechtegesetz geregelt werden. Von daher können in den Anlagen der ASV-Richtlinie nur ergänzende, konkretisierende Regelungen aufgenommen werden. Ansonsten stimmt die Bundesärztekammer dem Vorschlag von DKG und KBV zu.



- **§ 16 Patienteninformation**

Die Bundesärztekammer unterstützt den gemeinsamen Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV, spricht sich aber dafür aus, die Regelung weiter vorne einzufügen. Inhaltlich besteht ein Zusammenhang zu der entsprechenden Regelung in § 8 des Richtlinienentwurfs.

**Fazit:**

Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung stellt ein wesentliches Kernelement des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes dar. Unabhängig von der geäußerten (Detail-)Kritik an dem konkreten Richtlinienentwurf sieht die Bundesärztekammer die Notwendigkeit einer guten Abstimmung und Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten gerade für Patienten mit den in § 116b SGB V genannten Erkrankungen. Von daher ist mit Hilfe der ASV die Versorgung für Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten zu verbessern. Auf der Grundlage der vorliegenden Regelungen ist aber noch nicht auszumachen, inwieweit sich dies auch einstellen wird. Entscheidend wird sein, welche Konkretisierungen in den Anlagen vorgenommen werden. Hier wird insbesondere darauf zu achten sein, dass die notwendige Definition schwerer Verlaufsformen allein medizinischen Maßstäben und nicht ökonomischen Interessen entspringt oder zur reinen Mengensteuerung benutzt wird.

Grundsätzlich sieht die Bundesärztekammer in dem vorgelegten Richtlinienentwurf unter Berücksichtigung der voranstehenden Anmerkungen eine weitgehend umsetzungsfähige Lösung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Berlin, 16.01.2013



Dr. med. Bernhard Rochell  
Hauptgeschäftsführer

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

Ihre Nachricht vom  
19.12.2012

Durchwahl  
-140

Datum  
16. Januar 2013

**Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zum Entwurf des Allgemeinen Teils und der Tragenden Gründe zur G-GA-Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL)**

Sehr geehrter Herr Dr. Grüning,

vielen Dank für die durch den zuständigen Unterausschuss gewährte Möglichkeit einer Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer zum Allgemeinen Teil sowie zu den Tragenden Gründen der geplanten Richtlinie über die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (ASV-Richtlinie).

Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer wäre die zahnärztliche Berufsausübung von der ASV-Richtlinie unmittelbar tangiert, wenn zu den erfassten besonderen Krankheitsverläufen onkologische Erkrankungen der Mundhöhle und des Rachenraums zählen würden. Die Behandlung derartiger Erkrankungen ist als Ausübung der Zahnheilkunde im Sinne von § 1 Abs. 3 Zahnheilkundengesetz (ZHG) anzusehen. In diesem Fall wäre der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5 SGB V zu geben. Eine mittelbare Betroffenheit für die zahnärztliche Berufsausübung könnte sich bei der Behandlung von Menschen mit einer ausgebrochenen Aids-Erkrankung dergestalt ergeben, dass spezifische Maßnahmen wie die Verwendung desinfizierten Wassers in der dentalen Behandlungseinheit anstelle von Trinkwasser ergriffen werden müssen, um zu verhindern, dass sich die Erkrankung durch den zahnärztlichen Eingriff zusätzlich verschlechtert.

Wie Sie in Ihrem Schreiben vom 19.12.2012 ausführen, sollen die Anlagen zur ASV-Richtlinie, mit denen die Erkrankungen und Leistungen, die Gegenstand der ASV sind, konkretisiert werden sollen, erst zu einem späteren Zeitpunkt erstellt werden. Es ist daher für die Bundeszahnärztekammer derzeit nicht absehbar, ob die ASV-Richtlinie die zahnärztliche Berufsausübung tangieren wird.

Daher sieht die Bundeszahnärztekammer unter Hinweis auf § 14 Abs. 1 Satz 1 des 1. Kapitels der G-BA-Verfahrensordnung von der Abgabe einer Stellungnahme zum Allgemeinen Teil sowie zu den Tragenden Gründen der geplanten ASV-Richtlinie ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Ass. jur. Sven Tschoepe. LL.M.  
Leiter Abt. Versorgung und Qualität (komm.)



BundesPsychotherapeutenKammer

BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Frau  
Dr. Regina Klakow-Franck  
Unparteiisches Mitglied  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel.: (030) 27 87 85-0  
Fax: (030) 27 87 85-44  
info@bptk.de  
www.bptk.de

**-per E-Mail-**

Berlin, 16. Januar 2013

Vorstand:  
Prof. Dr. Rainer Richter  
Präsident  
Dipl.-Psych. Monika Konitzer  
Vizepräsidentin  
Dr. Dietrich Munz  
Vizepräsident  
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehndorfer  
Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Dr. Christina Tophoven  
Geschäftsführerin

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundes-  
psychotherapeutenkammer  
hier: Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezial-  
fachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)**

Sehr geehrte Frau Dr. Klakow-Franck,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 19. Dezember 2012, mit dem Sie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. In der Anlage übersenden wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

  
Christina Tophoven

**Anlage**

Konto  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
Konto: 00 05 78 72 62  
BLZ: 300 606 01



**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL)**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 16.01.2013**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Einleitung und Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Ausscheiden eines Leistungserbringers.....</b>	<b>4</b>
<b>III. Personelle Anforderungen.....</b>	<b>4</b>
1. Redaktionelle Klarstellung zu Psychotherapeuten .....	4
2. Angemessene Entfernung .....	5
3. Einbeziehung und Anforderungen weiterer Berufsgruppen .....	6
4. Muster-Weiterbildungsordnung der BPTK.....	6
5. Redaktionelle Klarstellung Facharztstatus .....	6
<b>IV. Sächliche und organisatorische Anforderungen .....</b>	<b>7</b>
1. Einbeziehung weiterer Berufsgruppen.....	7
2. Barrierefreiheit.....	7
3. Psychosoziales Betreuungskonzept .....	7
<b>V. Behandlungsumfang.....</b>	<b>8</b>
<b>VI. Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen .....</b>	<b>9</b>
<b>VII. Keine Verpflichtung zur intersektoralen Zusammenarbeit.....</b>	<b>9</b>
<b>VIII. Mindestmengen.....</b>	<b>10</b>
<b>IX. Patienteninformation .....</b>	<b>10</b>
<b>Anlage: Psychische Erkrankungen und ambulante spezialfachärztliche     Versorgung (§ 116b SGB V).....</b>	<b>11</b>

## I. Einleitung und Zusammenfassung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bietet die Chance, die Versorgung von Patienten durch diesen neuen Versorgungsbereich zu verbessern.

Kooperationspartner in der ASV sind zugelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser. Bei der Komplexität der Erkrankungen ist allerdings eine weitergehende interdisziplinäre und vor allem berufsgruppenübergreifende Kooperation erforderlich. Die Richtlinie sollte daher auch die Einbindung weiterer Berufsgruppen vorschreiben, einschließlich erforderlicher Qualifikationen. Nur so kann ein integrativer Ansatz verwirklicht werden, der im Sinne der Patienten zu echten Verbesserungen bei der Behandlung hier relevanter Erkrankungen führt.

Bei der Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten ist mit einer nochmals erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu rechnen. Daher ist es unbedingt notwendig, als Anforderung an die Leistungserbringung ein Angebot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen vorzusehen. Dies bedeutet nicht, dass all diese Leistungen in jedem Einzelfall erbracht werden müssen. Allerdings muss ein psychosoziales Betreuungskonzept vorgehalten werden und es muss durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen sichergestellt sein, dass jeder Patient bei Notwendigkeit unmittelbar Zugang zu den erforderlichen Leistungen hat.

Die Schwere einer Erkrankung beeinflusst die Auftretenswahrscheinlichkeit einer komorbiden psychischen Erkrankung. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen steigt mit der Anzahl somatischer Erkrankungen an. So waren nach einer Studie 48,2 Prozent aller Menschen, die an mindestens zwei somatischen Erkrankungen litten, auch psychisch erkrankt (siehe dazu ausführlich die Anlage).

Psychotherapeuten kommt damit unabhängig davon, welche Erkrankung vorliegt, in diesem Versorgungsbereich eine besondere Bedeutung zu, sei es als Mitglieder des Kernteams, sei es als hinzuzuziehende Leistungserbringer.

## **II. Ausscheiden eines Leistungserbringers**

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ist es in jedem Fall erforderlich, das Ausscheiden eines Mitglieds des ASV-Teams dem Zulassungsausschuss anzuzeigen (§ 2 Absatz 3). Dies muss auch dann gelten, wenn bereits ein qualifizierter Ersatz gefunden worden ist. Denn nur so wird der Zulassungsausschuss in die Lage versetzt, überprüfen zu können, ob die Voraussetzungen noch erfüllt werden bzw. ob ein „Ersatz“ auch tatsächlich einen solchen darstellt. Eine Anzeigefrist für sechs Wochen, die sich auf Fälle beschränkt, bei denen kein Ersatz vorhanden ist, ist unangemessen lang. Dies gilt ebenso für den Vorschlag einer sechsmonatigen Frist zur Benennung eines neuen Leistungserbringers.

Der Vorschlag der Patientenvertretung bietet für das Ausscheiden eines Leistungserbringers eine angemessene Lösung. Eine Anzeige innerhalb von zehn Werktagen kann ohne Weiteres durchgeführt werden. Ebenso bietet eine Frist von drei Monaten zur Nachbesetzung einerseits ausreichend Spielraum, andererseits ist gewährleistet, dass das ASV-Team nicht unangemessen lange ohne dauerhafte Nachbesetzung tätig bleibt.

## **III. Personelle Anforderungen**

### **1. Redaktionelle Klarstellung zu Psychotherapeuten**

Bei einer Vielzahl der in § 116b Absatz 1 SGB V aufgelisteten Erkrankungen ist eine leitliniengerechte Versorgung nur möglich, wenn eine psychotherapeutische Behandlung durch entsprechend qualifizierte Psychotherapeuten oder Fachärzte angeboten wird. Dies setzt in der Regel einen Psychotherapeuten im Kernteam voraus. In begründeten Fällen kann eine Hinzuziehung ausreichen. Es bedarf jedoch bereits in den allgemeinen Regelungen der Richtlinie einer Klarstellung, dass Psychotherapeuten Bestandteil der Teams sind. Allein die Verwendung des Terminus „Facharzt“ könnte daran Zweifel aufkommen lassen, obwohl er lediglich den Zweck hat sicherzustellen, dass das fachliche Niveau gesichert ist und zentrale Aufgaben nicht von Assistenzärzten übernommen werden können. In § 3 Absatz 2 sollten daher die entsprechenden Stellen jeweils um Psychotherapeuten ergänzt werden:

<sup>3</sup>*Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte **sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. ...*

<sup>6/7</sup>*Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind Fachärzte **sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden.*

Die Formulierung „in der Regel“ bei der Definition der Mitglieder des Kernteams ist sinnvoll. Es sind Fälle denkbar, bei denen eine bestimmte Fachrichtung im Kernteam vertreten sein sollte, aber dennoch bei einzelnen Patienten nicht zwingend und in allen Fällen in die Behandlung eingebunden werden muss.

## 2. Angemessene Entfernung

Es ist fraglich, ob das Erfordernis einer angemessenen Entfernung des Leistungsortes zur Teamleitung (§ 3 Absatz 2 Satz 7 bzw. 8) in dieser Form als Kriterium sinnvoll ist. Zunächst sollte die Formulierung „angemessene Nähe“ gewählt werden, wenn nicht gänzlich auf das Kriterium verzichtet wird. Eine Zeitangabe in Minuten ist zu wenig flexibel und würde Kooperationen in Großstädten wie Berlin vielfach unnötigerweise ausschließen, da dort Entfernungen über 30 Minuten eher die Regel als die Ausnahme sind.

Die Regelung kann nur aus einem Abstimmungsbedürfnis der Teammitglieder mit dem Teamleiter gerechtfertigt werden. Aus Sicht des Patienten ist nicht die Entfernung des Leistungsortes vom Ort der Teamleitung entscheidend, sondern die Entfernung vom Leistungsort zum Wohn- oder Aufenthaltsort des Patienten. Eine aus einem Abstimmungsbedürfnis heraus erfolgte Festlegung einer Höchstentfernung ist nicht gerechtfertigt. Auf dieses Kriterium sollte verzichtet werden oder zumindest eine Ausnahmeregelung als Satz 8 bzw. 9 aufgenommen werden:

<sup>8/9</sup>*Der Leistungsort kann weiter entfernt sein, soweit eine Abstimmung des Teams und eine Hinzuziehung der Teamleitung gewährleistet sind.*



### 3. Einbeziehung und Anforderungen weiterer Berufsgruppen

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung schlagen vor, sich auf die Festlegung von Anforderungen an die Teammitglieder in der Anlage zu beschränken (§ 3 Absatz 3 Satz 1). Dieser Ansatz greift zu kurz. Eine angemessene Versorgung von ASV-Patienten dürfte eher in der Regel als im Ausnahmefall die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen erfordern. Nach der gesetzlichen Konstruktion sind Mitglieder des Teams lediglich zugelassene Leistungserbringer oder Krankenhäuser. Das bedeutet indes nicht, dass Festlegungen zu Qualitätsanforderungen nicht getroffen werden können, die das Angebot ergänzender Leistungen zwingend vorschreibt. Soweit fachlich weitere Leistungen notwendig sind, sollten diese auch als Voraussetzung für die ASV-Berechtigung festgelegt werden. Allerdings sollte auf die Formulierung „nicht-ärztlich“ verzichtet werden, da dieser keine inhaltliche Bedeutung zukommt. § 3 Absatz 3 Satz 1 sollte daher wie folgt formuliert werden:

*<sup>1</sup>Die für die jeweiligen Mitglieder des Teams sowie für weitere einzubeziehende Berufsgruppen geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt.*

### 4. Muster-Weiterbildungsordnung der BPTK

§ 3 Absatz 3 Satz 2 sollte um die Muster-Weiterbildungsordnung der BPTK ergänzt werden:

*<sup>2</sup>Die in der Richtlinie verwendeten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer **sowie der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer** und schließen auch die Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.*

### 5. Redaktionelle Klarstellung Facharztstatus

Mitglieder des Teams sind zwingend Fachärzte oder Psychotherapeuten. Die erneute Nennung des Facharztstatus in der Klammer in § 3 Absatz 4 Satz 1 ist daher über-

flüssig und sollte aus redaktionellen Gründen gestrichen werden. Satz 2 sollte redaktionell um Psychotherapeuten ergänzt werden.

## **IV. Sächliche und organisatorische Anforderungen**

### **1. Einbeziehung weiterer Berufsgruppen**

In vielen Fällen ist eine angemessene Versorgung von ASV-Patienten nicht möglich, ohne auf andere Berufsgruppen zurückzugreifen. Welche Berufsgruppen verfügbar sein müssen und wann sie einzubeziehen sind, sollte daher in den Anlagen geregelt werden. Insofern unterscheidet sich die Einbindung weiterer Berufsgruppen nicht von anderen Anforderungen, die ausdrücklich in den Anlagen geregelt werden sollen. § 4 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 sollten wie folgt ersetzt werden:

*<sup>4/5</sup>Weitere Berufsgruppen sind frühzeitig und bedarfsgerecht einzubeziehen. Näheres zur Einbeziehung und zur Notwendigkeit der ständigen Verfügbarkeit regeln die Anlagen.*

### **2. Barrierefreiheit**

In der ASV sollte nach Möglichkeit ein barrierefreier Zugang sichergestellt sein. Allerdings sollte geprüft werden, ob anstelle eines allgemeinen Erfordernisses der Barrierefreiheit ein solches Ziel festgelegt werden sollte. Dadurch könnte verhindert werden, dass dort, wo derzeit ein (vollständig) barrierefreier Zugang (noch) nicht sichergestellt werden kann, gänzlich auf ein Angebot der ASV verzichtet werden muss.

### **3. Psychosoziales Betreuungskonzept**

Bei der Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten ist mit einer nochmals erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu rechnen (siehe Anlage). Liegen psychosoziale Belastungsfaktoren vor, können beim Betroffenen in Abhängigkeit von den individuellen Ressourcen und Risikofaktoren (z. B. Bewältigungsstrategien, Persönlichkeit, biologische Vulnerabilität, soziale Ressourcen) Prozesse ausgelöst werden, die zu erheblichen Krisen und Stressreaktionen bis zur Entwicklung komorbider psychischer Erkrankungen führen können. Bei allen Erkrankungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V, die mit psycho-

sozialen Belastungen verbunden sind, muss daher ein Angebot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen verfügbar sein. Die diagnostische Entscheidung muss im Rahmen der Behandlung durch ein entsprechend qualifiziertes Mitglied des Behandlungsteams erfolgen. Dazu gehören insbesondere Psychotherapeuten.

Dies bedeutet nicht, dass die weiter unten genannten Leistungen in jedem Einzelfall notwendig sind. Allerdings muss ein psychosoziales Betreuungskonzept vorgehalten werden und es muss durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen sichergestellt sein, dass jeder Patient bei Notwendigkeit unmittelbar Zugang zu den erforderlichen Leistungen hat. In einem neuen Absatz 3 von § 4 sollte daher das Vorhalten eines solchen Angebots verpflichtend vorgeschrieben werden:

*(3) Jeder ASV-Berechtigte hat für seine Patienten ein Angebot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen mit mindestens folgenden Inhalten vorzuhalten:*

*1. Selbsthilfeangebote,*

*2. psychosoziale Beratungs- und Präventionsleistungen:*

*a) Patientenschulungen*

*b) Beratung und Präventionsleistungen hinsichtlich sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung*

*c) Beratung und Präventionsleistungen hinsichtlich psychischer Schwerpunktsetzung.*

*Durch Kooperationsvereinbarungen ist sicherzustellen, dass Patienten der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei Bedarf unmittelbar Zugang zu diesen Leistungen haben.*

## **V. Behandlungsumfang**

Es ist sinnvoll, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom Leistungsumfang auszunehmen, wenn für den stationären Bereich hierzu eine ablehnende Entscheidung nach § 137c SGB V getroffen wurde (§ 5 Absatz 2). Wenig zielführend ist es hingegen, die ASV auf Leistungen zu beschränken, die nach Leitlinien mit dem Empfehlungsgrad A empfohlen werden oder die eine gesonderte Bewertung durch den

Gemeinsamen Bundesausschuss durchlaufen haben. Dies würde das Leistungsspektrum nicht zuletzt mit Blick auf Seltene Erkrankungen viel zu stark einschränken.

## **VI. Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen**

Eine Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen sollte für jeden, der Leistungen im Rahmen der ASV erbringen möchte, zwingend vorgeschrieben werden. Dabei sollten die Bereiche, auf die sich die Zusammenarbeit erstreckt, ausdrücklich genannt werden. Hierzu bietet es sich an, in § 7 auf die Anforderungen in § 4 Absatz 3 zu verweisen.

*<sup>1</sup>Es hat eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- und Selbsthilforganisationen zu erfolgen. <sup>2</sup>Die Zusammenarbeit hat sich auf die Angebote nach § 4 Absatz 3 Nummer 1 zu erstrecken und soll sich auf die Angebote nach § 4 Absatz 3 Nummer 2 erstrecken.*

## **VII. Keine Verpflichtung zur intersektoralen Zusammenarbeit**

Zur Umsetzung von § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V schreibt der Entwurf vor, Vereinbarungen „intersektoral“ bzw. „mit dem anderen“ Versorgungssektor zu schließen. Dem Gesetz hingegen lässt sich ein solches Erfordernis nicht entnehmen. Vielmehr sieht das Gesetz Vereinbarungen vor, die die Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern fördern. Das Erfordernis einer „intersektoralen“ Kooperation geht somit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Danach müsste jeder, der in diesem Bereich im Rahmen der ASV tätig wird, eine Kooperationsvereinbarung mit dem Leistungserbringer aus dem jeweils anderen Sektor schließen. Es ist zudem schwer verständlich, warum ein Team, das bereits aus Mitgliedern beider Sektoren besteht, nur dem Sektor zugeordnet wird, aus dem die Teamleitung stammt – so der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes. Es sollte geprüft werden, ob nicht auf die bürokratische und formalisierte Vereinbarung zugunsten einer Regelung verzichtet werden kann, die inhaltlich eine Kooperation fördert und beispielsweise das Durchführen von Fallkonferenzen o. ä. zum Gegenstand hat.

## VIII. Mindestmengen

Die Festlegung von Mindestmengen kann sinnvoll sein und ist grundsätzlich nach der Rechtsprechung unter bestimmten Voraussetzungen auch zulässig. Es ist aber fraglich, ob die Regelung des § 12 so Bestand haben kann. Insbesondere die pauschale Festlegung einer Mindestmenge von 50 Behandlungsfällen bei Seltenen Erkrankungen ohne Unterscheidung der Art und konkreten Häufigkeit könnte den Anforderungen der Rechtsprechung zuwiderlaufen. Hier sollte geprüft werden, ob nicht auf allgemeine Vorgaben zur Menge gänzlich verzichtet und die Mindestmenge dann individuell in der Anlage vorgegeben werden sollte. Dafür spricht auch die in der Richtlinie vorgesehene Möglichkeit, von der vorher festgelegten Mindestmenge von 50 Behandlungsfällen in der Anlage abzuweichen.

## IX. Patienteninformation

Die Informationspflichten in § 16 sollten ergänzt werden. Beide Vorschläge beschränken sich derzeit auf die Pflicht, allgemein über die Versorgungsform ASV zu informieren. Es ist für den Patienten nicht nur wichtig zu verstehen, was die ASV ist, sondern auch welches Versorgungsangebot im konkreten Fall vorgehalten wird. Es sollte daher geprüft werden, ob sich die allgemeinen Informationen nicht auch auf das konkrete Versorgungsangebot beziehen und Angaben darüber enthalten müssen, wer im Team ist und welche Leistungen angeboten werden. Nur so kann sich der Patient noch vor der Aufklärung für oder gegen dieses Angebot entscheiden.

## **Anlage: Psychische Erkrankungen und ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)**

Für Deutschland liegen bislang zwei bevölkerungsrepräsentative Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen vor. Nach Angaben des Bundesgesundheits surveys (BGS) erkranken jährlich 31 Prozent der Bevölkerung an psychischen Erkrankungen (Jacobi et al. 2004). Erste Ergebnisse der Nachfolgestudie „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS; Wittchen et al. 2012) zeigt eine Prävalenz in vergleichbarer Größenordnung. Analysen anhand von Daten des BGS zeigen, dass beim Vorliegen einer chronischen somatischen Erkrankung mit einer signifikant erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit komorbider psychischer Erkrankungen zu rechnen ist. Während bei somatisch gesunden Menschen 25 Prozent innerhalb eines Jahres an psychischen Erkrankungen leiden, sind es bei Menschen mit chronischen somatischen Erkrankungen 42,5 Prozent (Härter et al. 2007). Dies kann auf Beeinträchtigungen der physischen, psychischen oder sozialen Funktionsfähigkeit durch die Erkrankung oder die Therapie der Erkrankung, verkürzte Lebenserwartung bzw. auf genetisch-biologische Zusammenhänge zwischen somatischer und psychischer Erkrankung zurückgeführt werden (z. B. Härter, 2002; Noeker, 2009).

Vor diesem Hintergrund ist bei der Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten mit einer nochmals erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu rechnen. Die Untersuchung von Härter et al. (2007) zeigt, dass die Schwere einer körperlichen Erkrankung die Auftretenswahrscheinlichkeit einer komorbiden psychischen Erkrankung mitbestimmt. Ebenso steigt die Prävalenz psychischer Erkrankungen mit der Anzahl somatischer Erkrankungen. So waren 48,2 Prozent aller Menschen, die an mindestens zwei somatischen Erkrankungen litten auch psychisch erkrankt. Die Unterschiede der Prävalenz psychischer Erkrankungen in Abhängigkeit somatischer Erkrankungen gehen vor allem auf Affektive Störungen und Angsterkrankungen zurück (Härter et al. 2007).

Bei der Ermittlung von Prävalenzen psychischer Erkrankungen ist darauf zu achten, dass die Methodik der Erfassung anhand von Messinstrumenten mit hinreichender diagnostischer Reliabilität und Objektivität erfolgt. Aufgrund der Vielzahl psychischer Erkrankungen kann in epidemiologischen Untersuchungen meist nur eine Auswahl

erfragt werden. Wenn eine Aussage über die Gesamtheit der psychischen Erkrankungen in einer Stichprobe getroffen werden soll, sollte die Auswahl zumindest die häufigsten psychischen Erkrankungen umfassen, wie beispielsweise in den Studien BGS oder DEGS (s. o.). Letztlich muss die Repräsentativität der Befragten gewährleistet sein. Diese methodischen Aspekte führen insbesondere bei kleineren, regionalen Studien oft zu wenig aussagekräftigen Ergebnissen, da beispielsweise Suchterkrankungen bei der Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen nicht berücksichtigt wurden oder die untersuchte Stichprobe aufgrund regionaler Besonderheiten nur eingeschränkt repräsentativ ist.

Im Folgenden werden unter Berücksichtigung dieser Aspekte die Auftretenshäufigkeit ausgewählter psychischer Erkrankungen und andere Indikatoren psychischer Belastung bei denjenigen Erkrankungen aufgeführt, von denen schwere oder besondere Verlaufsformen durch eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V versorgt werden sollen:

- a. onkologische Erkrankungen,
- b. HIV/AIDS,
- c. rheumatologische Erkrankungen,
- d. Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium III oder höher),
- e. Multiple Sklerose,
- f. cerebrales Anfallsleiden (Epilepsie),
- g. Seltene Erkrankungen.

#### **a) Onkologische Erkrankungen:**

Krebspatienten sind im Verlauf der Erkrankung und medizinischen Belastung mit einer Bandbreite körperlicher, psychischer und sozialer Probleme konfrontiert, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken und die Lebensqualität einschränken können (Holland et al. 2010; Koch & Weis, 2010). Die häufigsten psychosozialen Belastungen bei Krebspatienten sind Sorgen, Ängste, Depressivität, Funktionseinschränkungen, Erschöpfung und familiäre Probleme (Härter et al. 2001). Zu den besonders starken psychischen Belastungen gehören allgemeine psychische Belastungen, Ängste, Progredienzangst und Depressivität. Die häufigsten psychischen Erkrankungen gemäß ICD-10 bei Krebspatienten sind Affektive Störungen (12 Prozent), insbesondere Depressionen (10 Prozent), Angststörungen (13 Prozent) und Anpassungs-

störungen (15 Prozent). Schmerzen, eine hohe körperliche Symptombelastung, Fatigue sowie das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte begünstigen das Auftreten einer psychischen Erkrankung bei Krebspatienten. Auch ein jüngeres Alter bei Erkrankungsbeginn, Tumorerkrankungen mit einer schlechten Prognose in Bezug auf die Überlebenszeit und eine fortschreitende Erkrankung gehen mit einer höheren psychischen Komorbidität einher (Härter et al. 2001; Akechi et al. 2004; Pirl et al. 2010). Einzelne Studien zeigen, dass bei schweren Verlaufsformen mit einer deutlich erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen zu rechnen ist (z. B. Aschenbrenner et al. 2003). Bei den für die Versorgung nach § 116b SGB V relevanten schweren Verlaufsformen von onkologischen Erkrankungen ist der Einbezug psychoonkologischer Versorgungsleistungen deshalb unerlässlich.

#### **b) HIV/AIDS**

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei HIV-infizierten Menschen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht, besonders hinsichtlich Depressionen und Angsterkrankungen (Arendt & Nolting 2010; Whetten et al. 2008). Bei schweren und komplexen Verläufen ist damit zu rechnen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen durch die erhöhte psychosoziale Belastung noch höher ausfällt.

#### **c) Rheumatologische Erkrankungen**

Depressionen treten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis zwei- bis dreimal so häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung (zusammenfassend Walker et al. 2011). Die alterskorrigierte Prävalenz depressiver Erkrankungen bei rheumatoider Arthritis steigt mit dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen durch die Erkrankung (Walker et al. 2011). Es existieren mehrere Hinweise darauf, dass bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und komorbider Depression stärkere körperliche Behinderungen und erhöhte Sterblichkeit vorliegen (zusammenfassend Walker et al. 2011).

#### **d) Herzinsuffizienz**

Die Prävalenz von Depressionen und Angsterkrankungen bei Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium III oder höher) sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (Yohannes et al. 2009; Freedland et al. 2003) – insbesondere bei den



schweren Verlaufsformen. Ebenso ist bei einer komorbiden Depression die kardiale Symptomatik komplexer ausgeprägt und das Sterblichkeitsrisiko erhöht (Jiang et al. 2001; Yohannes et al. 2009; Freedland et al. 2011).

### **e) Multiple Sklerose**

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Multipler Sklerose (MS) ist deutlich erhöht. Schätzungen gehen davon aus, dass definierte Angsterkrankungen dreimal so häufig auftreten wie in der Allgemeinbevölkerung; die Lebenszeitprävalenz von Depressionen bei MS-Erkrankten wird auf 50 Prozent geschätzt. Ebenso sind in diesem Rahmen Selbstmordgedanken und -absichten bei MS-Patienten erhöht (zusammenfassend DeLuca & Nocentini, 2011; Feinstein, 2011).

### **f) Epilepsie**

Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Epilepsie-Patienten ist im Vergleich zu Gesunden deutlich erhöht (Rai et al. 2012; Jones et al. 2010). Die Prävalenz von Depressionen bei Epilepsie-Patienten ist doppelt so hoch wie bei Gesunden (Patten et al. 2005).

### **g) Seltene Erkrankungen**

Eine Erkrankung gilt in der Europäischen Union als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Seltene Krankheiten sind in vielen Fällen schwerwiegende und chronisch verlaufende Erkrankungen, die mit deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität im Alltag einhergehen können. Vor allem durch Beeinträchtigungen von physischer, psychischer oder sozialer Funktionsfähigkeit, sowie der oft deutlich verkürzten Lebenserwartung ergeben sich erhebliche psychosoziale Belastungen für die betroffenen Menschen. Diese Beeinträchtigungen, vor allem hinsichtlich der sozialen Funktionsfähigkeit, führen häufig zu sozialer Isolation oder mangelnder Unterstützung durch den sozialen Kontext. Hierfür ist es wichtig, den betroffenen Menschen psychosoziale Unterstützungs- und Betreuungsangebote als auch adäquate Versorgungsstrukturen anbieten zu können.

Bei Seltene Erkrankungen stellt sich über die genannten studienmethodischen Limitierungen hinaus in der Regel das Problem, dass keine epidemiologischen Studien

zur Prävalenz psychischer Erkrankungen vorliegen. In diesen Fällen ist der Bedarf psychosozialer Betreuungsleistungen anhand von empirisch bekannten Risikofaktoren zu prüfen. Psychosoziale Betreuungsleistungen sind erforderlich, wenn zumindest einer der unten aufgeführten Faktoren bei der Seltenen Erkrankung vorliegt. In diesem Fall ist auch eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit komorbider psychischer Erkrankungen zu erwarten:

- Bei der körperlichen Erkrankung (bzw. der genetischen Disposition zu dieser Erkrankung) existiert ein biologischer Zusammenhang mit pathophysiologischen Prozessen, die zu psychischen Erkrankungen führen.
- Von den Medikamenten, die zur Behandlung eingesetzt werden, kann erwartet werden, dass sie mit einer erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen assoziiert sind.
- Die Erkrankung ist mit existenzieller Lebensbedrohlichkeit bzw. erheblich verkürzter Lebenserwartung verbunden – trotz optimaler Behandlung.
- Die Erkrankung verläuft chronisch mit Erwartung einer progredienten Entwicklung – trotz optimaler Behandlung.
- Die Erkrankung führt zu einer Beeinträchtigung der physischen Funktionsfähigkeit durch:
  - Schmerzen (nicht kurzzeitig/temporär) oder
  - Beeinträchtigung des motorischen Funktionsniveaus oder
  - Beeinträchtigung des sensorischen Funktionsniveaus oder
  - Beeinträchtigung von Alltagsaktivität und Mobilität oder
  - Beeinträchtigung der Sexualität.
- Die Erkrankung führt zu einer Beeinträchtigung der psychischen Funktionsfähigkeit durch:
  - Beeinträchtigung von Lernen und Intelligenz oder
  - Beeinträchtigung von Stimmung und Affekt oder
  - Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit.
- Die Erkrankung führt zu einer Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit durch:
  - öffentliche Sichtbarkeit der Erkrankung/Stigmatisierung oder
  - Beeinträchtigung der Beziehungsfähigkeit oder
  - sonstiger Beeinträchtigung der sozialen Partizipation (z. B. wirtschaftliche Bedürftigkeit).

Wenn ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankungen vorliegt bzw. zu erwarten ist, muss ein entsprechendes Behandlungsangebot verfügbar sein. Bei der Erstellung der Anforderungskriterien für die Versorgung nach § 116b SGB V ist dies zu berücksichtigen.

#### **h) Angehörige**

Die hier relevanten Erkrankungen können nicht nur für den betroffenen Patienten, sondern auch für dessen Angehörige, zu erheblichen Belastungen führen, insbesondere bei schweren, chronischen Verlaufsformen. Die Belastungen ergeben sich aus der verkürzten Lebenserwartung und den oft massiven Beeinträchtigungen der physischen (z. B. Mobilität), psychischen (z. B. Kommunikationsfähigkeit) und sozialen Funktionsfähigkeit (z. B. Sichtbarkeit/Stigmatisierung) des betroffenen Patienten, die mit massiven Einschränkungen in der Autonomie der Lebensführung verbunden sein können.

Die Angehörigen der betroffenen Patienten sind daher in die psychosozialen Beratungsleistungen (Patientenschulungen, soziale und sozialrechtliche Beratung) mit einzubeziehen, sofern nicht im Einzelfall besondere Gründe dagegen sprechen oder der Patient oder die Angehörigen dies nicht wünschen.

Wenn die Belastungen für die Angehörigen zu psychischen Beschwerden führen, sollte die Vermittlung eines geeigneten Behandlungsangebotes in der Regelversorgung erfolgen.

**Literatur:**

- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y. & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 22(10), 1957–1965. doi:10.1200/JCO.2004.08.149
- Arendt, G. & Nolting, T. (2010). Psychiatrische Störungen bei HIV-positiven Patienten. *Arzneimitteltherapie* 28, 269-76.
- Aschenbrenner, A., Martin, M., Reuter, K. & Bengel, J. (2003). Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen – Ein systematischer Überblick empirischer Studien. *Z Med Psychol* 12 (2003), 15-28.
- Deluca, J. & Nocentini, U. (2011). Neuropsychological, medical and rehabilitative management of persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*, 29(3), 197-219.
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Mult Scler* 17: 1276-81.
- Freedland, K. E., Rich, M. W., Skala, J. A., Carney, R. M., Dávila-Román, V. G. & Jaffe, A. S. (2003). Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosom Med* 65(1):119-28.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., & Rich, M. W. (2011). Effect of depression on prognosis in heart failure. *Heart Fail Clin.* 7(1):11-21.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., u. a. (2010). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 8(4), 448-485.
- Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Hasenburg, A. & Weis, J. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 37(11), 1385-1393.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. & Wittchen, H-U. (2007) Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76: 354-360.
- Härter, M. (2002). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Rehabilitation* 41, 357-366.
- Jacobi, F., Wittchen, H-U., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34, 597-611.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gauden, L. H., Cuffe, M. S., Blazing, M. A., Davenport, C., Califf, R. M., Krishnan, R. R. & O'Connor, CM. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med.*161(15):1849-56.
- Jones, R., Rickards, H. & Cavanna, A. E. (2010). The prevalence of psychiatric disorders in epilepsy: a critical review of the evidence. *Functional Neurology* 25(4): 191-194.
- Nationaler Krebsplan (2010). Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. [www.bmg.de](http://www.bmg.de)
- Noeker, M. (2009). Systematik von psychologischen Interventionen in der Pädiatrie. In Cornelia von Hagen & Hans-Peter Schwarz (Hrsg.), *Psychische Entwicklung bei chronischer Erkrankung*. Stuttgart: Kohlhammer (224-240).
- Patten, S. B., Beck, C. A., Kassam, A., Williams, J. V., Barbui, C. & Metz, L. M. (2005). Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry*. 50(4):195-202.
- Pirl, W. F., Greer, J., Temel, J. S., Yeap, B. Y. & Gilman, S. E. (2009). Major depressive disorder in long-term cancer survivors: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *Journal*

- of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology, 27(25), 4130–4134. doi:10.1200/JCO.2008.16.2784.
- Rai, D., Kerr, M. P., McManus, S., Jordanova, V., Lewis, G. & Brugha, T. S. (2012). Epilepsy and psychiatric comorbidity: A nationally representative population-based study. *Epilepsia*. 53(6):1095-103.
- Walker, J. R., Graff, L. A., Dutz, J. P. & Bernstein, C. N. (2011). Psychiatric Disorders in Patients with Immune-Mediated Inflammatory Diseases: Prevalence, Association with Disease Activity, and Overall Patient Well-being. *The Journal of Rheumatology Suppl* 38 S 88, 31-35.
- Wittchen, H-U., Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Gaebel, W., Zielasek, W., Maier, W., Wagner, M., Hapke, U., Siegert, J. & Höfler, M. (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). Vortrag auf dem Symposium „Gemessen und gefragt – die Gesundheit der Deutschen unter der Lupe“, Berlin, 14.6.2012.
- Whetten et al. (2008). Trauma, Mental Health, Distrust, and Stigma Among HIV-Positive Persons: Implications for Effective Care. *Psychosomatic Medicine* 70:531–538.
- Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C. & Connolly, M. J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry* 25: 1209–1221.



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

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystrasse 8  
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn  
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-312  
TELEFAX (0228) 997799-550  
E-MAIL ref3@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Alexander Wierichs

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 14.01.2013

GESCHÄFTSZ. III-315/072#0685

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

BETREFF **Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die  
Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung  
nach § 116b SGB V (ASV-RL)**

BEZUG Ihr Schreiben (Sh/NIE) und Ihre E-Mail vom 19. Dezember 2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V zu dem im  
Betreff benannten Beschlussentwurf danke ich. Zu dem Beschlussentwurf nehme ich  
wie folgt Stellung:

a) Zu § 8 (Überweisungen) Absatz 1 Satz 4 oder 5:

Eine Information an den Patienten über sein Befinden in einer ambulanten spezial-  
fachärztlichen Behandlung betrifft Daten zu seiner Person und stärkt so von vornher-  
ein seine Teilnahme am Heilungsprozess; auch im Rahmen seines Anspruches auf  
Auskunft erhielt er diese Information. Hingegen ist keine gesetzliche Grundlage da-  
für ersichtlich, dass parallel die Krankenkasse zu informieren ist (Vorschlag GKV-  
SV). Warum nach den Tragenden Gründen (Seite 14, GKV-SV) dies den Kranken-  
kassen „zum Zeitpunkt der Leistungserbringung transparent“ sein muss, ist zudem  
weder dort begründet noch nachvollziehbar.



SEITE 2 VON 3

- b) Zu § 10 (Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V) Absatz 3 Buchstabe c vierter Halbsatz

Für die nach dem Vorschlag GKV-SV vorgesehene Regelung, dass die Protokolle mit personenbezogenen Sozialdaten der Versicherten/Patienten „den erweiterten Landesausschüssen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen sind“, fehlt die gesetzliche Grundlage und fehlt zudem eine Begründung in den Tragenden Gründen (die die gesetzliche Grundlage allerdings auch nicht ersetzen könnte). Es sind keine Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse ersichtlich, für die die Protokolle benötigt würden.

- c) Zu § 15 (Dokumentationsanforderungen und –regelungen)

Die Textfassung der Regelungsvorschläge unterscheiden sich u. a. dadurch, dass der Vorschlag DKG und KBV für die Definition des Umfangs der Dokumentationspflichten auf die Anlagen verweist, während der Vorschlag GKV-SV dazu keine Aussage trifft, jedoch nach seinen dazu gemachten Ausführungen in den Tragenden Gründen (Seite 18) „Entsprechende Regelungen“ „vom ergänzten Bewertungsausschuss“ nach § 87 Absatz 5a SGB V getroffen werden sollen.

Für eine Subdelegation an den ergänzten Bewertungsausschuss fehlt aber die rechtliche Grundlage. Es ist Aufgabe des G-BA nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V, das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in einer Richtlinie – abschließend – zu regeln. Sofern Konkretisierungen in Anlagen erfolgen, sind auch diese Bestandteil der Richtlinie (§ 1 sowie die Ausführungen dazu in den Tragenden Gründen), und ihre zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehene Erstellung erfordert ebenfalls grundsätzlich meine Beteiligung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Wierichs

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen  
zum Entwurf der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V  
gemäß 1. Kapitel § 10 Abs. 3 VerfO**

**Inhalt**

- I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren
- II. Schriftliche Stellungnahmen
- III. Mündliche Stellungnahmen

**I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren**

Der Unterausschuss hat in seiner Sitzung am 28. November 2012 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zum Entwurf der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) beschlossen.

Die nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen bzw. Institutionen, d.h. die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), wurden mit Schreiben vom 19. Dezember 2012 um ihre jeweiligen Stellungnahmen zum Entwurf der ASV-RL bis zum 16. Januar 2013 gebeten. Die Anhörung zum Entwurf der ASV-RL fand am 13. Februar 2013 statt.

**II. Schriftliche Stellungnahmen**

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge des Eingangs):

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	15.01.2013
Bundesärztekammer (BÄK)	16.01.2013
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	16.01.2013
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	16.01.2013

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion in der zuständigen Arbeitsgruppe beraten und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung am 13. Februar 2013 ausgewertet (**Anhang 1**).

**III. Mündlichen Stellungnahmen**

Gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 1 Verfahrensordnung (VerfO) ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 3 VerfO dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden zur mündlichen Stellungnahme eingeladen.

Folgende Organisationen haben an der Anhörung im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung am 13. Februar 2013 teilgenommen:

- Bundeszahnärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer



Der Inhalt der mündlichen Stellungnahmen wurde in einem stenografischen Wortprotokoll (**Anhang 2**) festgehalten. Die mündlichen Stellungnahmen wurden vom Unterausschuss fachlich diskutiert, ausgewertet und gewürdigt. Es wurde festgestellt, dass sich aus der Anhörung kein Änderungsbedarf am Richtlinienentwurf ergibt.

## Zusammenfassung und Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI gemäß § 10 Abs. 3 Verfo

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
1.	BÄK (16.01.2013)	<b>§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)</b> Die Bundesärztekammer unterstützt den Regelungsvorschlag von DKG und KBV in <b>§ 2 Absatz 1 Satz 1</b> der ASV-Richtlinie, wonach ASV-Berechtigte die einzelnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind. Der Vorschlag des GKV-SV, nur das „Kernteam“ als ASV-Berechtigte zu verstehen, sieht die Bundesärztekammer nicht von den Vorgaben des § 116b SGB V gedeckt.	GKV-SV schließt sich DKG und KBV-Pos. zu § 2 Absatz 1 Satz 1	Ja
2.	BÄK (16.01.2013)	Zugleich spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, in <b>§ 2 Absatz 2</b> zunächst von „Leistungserbringern“ zu sprechen. Erst durch das in § 116b Absatz 2 SGB V beschriebene Anzeige- und Prüfverfahren werden aus Leistungsbringern „ASV-Berechtigte“.	Alle Bänke schließen sich dem Vorschlag der BÄK an, d.h. in § 2 Absatz 2 Satz 1 wird am Satzbeginn die Formulierung „ <sup>1</sup> Dieer Leistungserbringer <u>haben</u> ...“ gewählt.	Ja
3.	BÄK (16.01.2013)	Hinweisen möchte die Bundesärztekammer ferner darauf, dass in den bisherigen Formulierungsvorschlägen zu § 2 der Richtlinie die Begriffe „Team“ und „Kernteam“ verwendet werden, die allerdings erst in § 3 erläutert werden.	Kenntnisnahme	Nein
4.	BÄK (16.01.2013)	Betreffend des in <b>§ 2 Absatz 3</b> geregelten Ausscheidens von einzelnen Leistungserbringern sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer zwischen Mitgliedern des Teams und des Kernteams unterschieden werden. Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie Leistungen, die in der Regel notwendig	Keine Unterscheidung zwischen Kernteam und hinzugezogenen Ärzten, da interdisziplinäres Team die Versorgung gemeinsam gewährleisten muss	Nein

<sup>1</sup> Die aufgeführten Positionen stellen, soweit nicht anders angegeben, konsentrierte Positionen des Unterausschusses dar.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		<p>sind, in der Übergangszeit erbracht werden. Hierzu finden sich keine Aussagen in dem Richtlinienentwurf.</p> <p>Bezüglich der Fristen spricht sich die Bundesärztekammer für den Vorschlag von DKG und KBV aus.</p>	<p>Einer Regelung zum Verfahren in der „Übergangszeit“ bedarf es nicht, es stehen ausreichende Möglichkeiten zur Verfügung, um die Leistungserbringung in diesen Fällen zu gewährleisten (z.B. durch Vertretung nach § 3 Absatz 4 erfolgen )</p> <p><b>GKV-SV und PatV:</b> Fristvorschlag nicht gerechtfertigt; Team muss funktionsfähig bleiben</p>	<p>Nein</p> <p>Nein</p>
5.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>II. Ausscheiden eines Leistungserbringers</b></p> <p>Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) ist es in jedem Fall erforderlich, das Ausscheiden eines Mitglieds des ASV-Teams dem Zulassungsausschuss anzuzeigen (<b>§ 2 Absatz 3</b>). Dies muss auch dann gelten, wenn bereits ein qualifizierter Ersatz gefunden worden ist. Denn nur so wird der Zulassungsausschuss in die Lage versetzt; überprüfen zu können, ob die Voraussetzungen noch erfüllt werden bzw. ob ein „Ersatz“ auch tatsächlich einen solchen darstellt. Eine Anzeigefrist für sechs Wochen, die sich auf Fälle beschränkt, bei denen kein Ersatz vorhanden ist, ist unangemessen lang. Dies gilt ebenso für den Vorschlag einer sechsmonatigen Frist zur Benennung eines neuen Leistungserbringers.</p> <p>Der Vorschlag der Patientenvertretung bietet für das Ausscheiden eines Leistungserbringers eine angemessene Lösung. Eine Anzeige innerhalb von zehn Werktagen kann ohne Weiteres durchgeführt werden. Ebenso bietet eine Frist von drei Monaten zur Nachbesetzung einerseits ausreichend Spielraum, andererseits ist gewährleistet, dass das ASV-Team</p>	<p>„Ersatz“ im Sinne von § 2 Absatz 3 bedeutet neues Teammitglied. Davon unabhängig ist die Versorgung durch Vertreter zu gewährleisten.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		nicht unangemessen lange ohne dauerhafte Nachbesetzung tätig bleibt.		
6.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 3 Personelle Anforderungen</b></p> <p>§ 3 der Richtlinie regelt im Unterschied zu § 4, in dem die sächlichen und organisatorischen Anforderungen näher bestimmt werden, die personellen Anforderungen und sollte daher auch so überschrieben werden. Beide Regelungen bestimmen die Anforderungen an die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V.</p>	GKV-SV schließt sich KBV-DKG-Vorschlag zur Überschrift zu § 3 an	Ja
7.	BÄK (16.01.2013)	Bezüglich des <b>§ 3 Absatz 2</b> spricht sich die Bundesärztekammer für die Aufnahme der Formulierungen „in der Regel“ und „in angemessener Nähe“ aus.	<p><b>PatV :</b></p> <p>Formulierung „in der Regel“ nicht aufnehmen, da Mitglieder des Kernteams immer in die Behandlung einzubinden sind (interdisziplinäres Team). § 116b SGB V verliert für die Patienten seine Bedeutung, wenn nicht alle Fachärzte des Kernteams eingebunden werden.</p>	Nein
8.	BÄK (16.01.2013)	Die Nennung von 30 Minuten stellt eine zu starre Vorgabe angesichts der sehr unterschiedlichen regionalen Bedingungen dar.	<p><b>GKV-SV und PatV:</b></p> <p>Nur eine konkrete Definition der Erreichbarkeit garantiert auch eine entsprechende Umsetzung in der Praxis, die vom erweiterten Landesausschuss auch überprüfbar ist. Darauf zu verzichten, führt zur Beliebigkeit in der konkreten Umsetzung der ASV-RL und birgt die Gefahr, dass eine möglichst zentrale Versorgung im Team, wie es die</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
			ASV anstrebt, nicht gewährleistet wird.	
9.	BÄK (16.01.2013)	Gemäß § 116b SGB V sind in der ASV-Richtlinie die Qualifikationen der teilnehmenden Ärzte zu regeln. Die Bundesärztekammer unterstützt daher den Formulierungsvorschlag von GKV-SV, DKG und KBV. Warum in <b>§ 3 Absatz 3 Satz 3</b> darauf hingewiesen wird, dass für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Anlagen teilweise abweichende Qualifikationen geregelt werden, erschließt sich der Bundesärztekammer nicht; auch aus den tragenden Gründen geht eine Begründung nicht hervor.	§ 3 Absatz 3 Satz 3 wird gestrichen, um Missverständnisse zu vermeiden.	Ja
10.	BÄK (16.01.2013)	Die in <b>§ 3 Absatz 4</b> dargelegte Klarstellung bezüglich der Einbeziehung von Ärzten in Weiterbildung in die ASV begrüßt die Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer empfiehlt allerdings, die beiden Begriffe „Facharztstatus“ und „Facharztstandard“ ersatzlos zu streichen. Der Einschub der beiden Begriffe erweckt den Eindruck, dass es sich hierbei um Legaldefinitionen handelt. Dies ist nicht der Fall.	Hinweis wird teilweise berücksichtigt. Sätze 1 und 4/5 des § 3 Absatz 4 werden wie folgt geändert: „...( <u>es gilt der</u> Facharztstatus).“ bzw. „...( <u>es gilt der</u> Facharztstandard).“	Ja
11.	BPtK (16.01.2013)	<b>1. Redaktionelle Klarstellung zu Psychotherapeuten</b> Bei einer Vielzahl der in § 116b Absatz 1 SGB V aufgelisteten Erkrankungen ist eine leitliniengerechte Versorgung nur möglich, wenn eine psychotherapeutische Behandlung durch entsprechend qualifizierte Psychotherapeuten oder Fachärzte angeboten wird. Dies setzt in der Regel einen Psychotherapeuten im Kernteam voraus. In begründeten Fällen kann eine Hinzuziehung ausreichen. Es bedarf jedoch bereits in den allgemeinen Regelungen der Richtlinie einer Klarstellung, dass		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		<p>Psychotherapeuten Bestandteil der Teams sind. Allein die Verwendung des Terminus „Facharzt“ könnte daran Zweifel aufkommen lassen, obwohl er lediglich den Zweck hat sicherzustellen, dass das fachliche Niveau gesichert ist und zentrale Aufgaben nicht von Assistenzärzten übernommen werden können. <b>In § 3 Absatz 2</b> sollten daher die entsprechenden Stellen jeweils um Psychotherapeuten ergänzt werden:</p> <p><sup>3</sup>Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte <b>sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</b>, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. ...</p> <p><sup>6/7</sup>Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind Fachärzte <b>sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</b>, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden.</p>	<p>In § 1 wird folgender Absatz 4 eingefügt (Absatz 4 wird Absatz 5):  <b>„(4)</b> Soweit sich die Vorschriften in dieser Richtlinie auf Fachärztinnen und Fachärzte beziehen, gelten sie für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“</p>	Ja
12.	BPtK (16.01.2013)	Die Formulierung „in der Regel“ bei der Definition der Mitglieder des Kernteams ist sinnvoll. Es sind Fälle denkbar, bei denen eine bestimmte Fachrichtung im Kernteam vertreten sein sollte, aber dennoch bei einzelnen Patienten nicht zwingend und in allen Fällen in die Behandlung eingebunden werden muss.	Siehe lfd. Nr. 7 ( <b>PatV</b> )	Nein
13.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>2. Angemessene Entfernung</b></p> <p>Es ist fraglich, ob das Erfordernis einer angemessenen Entfernung des Leistungsortes zur Teamleitung (<b>§ 3 Absatz 2 Satz 7 bzw. 8</b>) in dieser Form als Kriterium sinnvoll ist. Zunächst</p>	Siehe lfd. Nr. 8 ( <b>GKV-SV und PatV</b> )	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		sollte die Formulierung „angemessene Nähe“ gewählt werden, wenn nicht gänzlich auf das Kriterium verzichtet wird. Eine Zeitangabe in Minuten ist zu wenig flexibel und würde Kooperationen in Großstädten wie Berlin vielfach unnötigerweise ausschließen, da dort Entfernungen über 30 Minuten eher die Regel als die Ausnahme sind.		
14.	BPtK (16.01.2013)	<p>Die Regelung kann nur aus einem Abstimmungsbedürfnis der Teammitglieder mit dem Teamleiter gerechtfertigt werden. Aus Sicht des Patienten ist nicht die Entfernung des Leistungsortes vom Ort der Teamleitung entscheidend, sondern die Entfernung vom Leistungsort zum Wohn- oder Aufenthaltsort des Patienten. Eine aus einem Abstimmungsbedürfnis heraus erfolgte Festlegung einer Höchstentfernung ist nicht gerechtfertigt. Auf dieses Kriterium sollte verzichtet werden oder zumindest eine Ausnahmeregelung als Satz 8 bzw. 9 aufgenommen werden:</p> <p><i><sup>8/9</sup>Der Leistungsort kann weiter entfernt sein, soweit eine Abstimmung des Teams und eine Hinzuziehung der Teamleitung gewährleistet sind.</i></p>	<p><b>GKV-SV und PatV:</b> Vorschlag wird abgelehnt, weil die Umsetzung beliebig wäre (siehe lfd. Nr. 8).</p>	Nein
15.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>3. Einbeziehung und Anforderungen weiterer Berufsgruppen</b></p> <p>GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung schlagen vor, sich auf die Festlegung von Anforderungen an die Teammitglieder in der Anlage zu beschränken (<b>§ 3 Absatz 3 Satz 1</b>). Dieser Ansatz greift zu kurz. Eine angemessene Versorgung von ASV-Patienten dürfte eher in der Regel als im Ausnahmefall die</p>	<p><b>GKV-SV, DKG und KBV:</b> In der Regelung in § 3 Absatz 3 Satz 1 wird das interdisziplinäre Team geregelt. Wer erkrankungs- bzw. leistungsbezogen zu dem Team gehört, wird in den Anlagen geregelt. Der Paragraphenteil ist nicht der geeignete Ort für eine solche Regelung.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		<p>Einbeziehung weiterer Berufsgruppen erfordern. Nach der gesetzlichen Konstruktion sind Mitglieder des Teams lediglich zugelassene Leistungserbringer oder Krankenhäuser. Das bedeutet indes nicht, dass Festlegungen zu Qualitätsanforderungen nicht getroffen werden können, die das Angebot ergänzender Leistungen zwingend vorschreibt. Soweit fachlich weitere Leistungen notwendig sind, sollten diese auch als Voraussetzung für die ASV-Berechtigung festgelegt werden. Allerdings sollte auf die Formulierung „nicht-ärztlich“ verzichtet werden, da dieser keine inhaltliche Bedeutung zukommt. <b>§ 3 Absatz 3 Satz 1</b> sollte daher wie folgt formuliert werden:</p> <p><i><sup>1</sup>Die für die jeweiligen Mitglieder des Teams sowie für weitere einzubeziehende Berufsgruppen geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt.</i></p>	<p>§ 116b Absatz 7 SGB V regelt die entsprechenden Verordnungen; eine Regelung in der ASV-RL muss deshalb nicht erfolgen.</p> <p><b>PatV:</b> Der Hinweis der BPtK soll durch Einfügen des folgenden Satzes 4 in § 4 Absatz 1 berücksichtigt werden: „<sup>4</sup>Besondere Anforderungen an das Pflegepersonal werden in den Anlagen geregelt.“</p>	Ja
16.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>4. Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK</b></p> <p><b>§ 3 Absatz 3 Satz 2</b> sollte um die Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK ergänzt werden:</p> <p><i><sup>2</sup>Die in der Richtlinie verwendeten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sowie der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer und schließen auch die Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.</i></p>	Hinweis bereits durch Einfügung des Absatzes 4 (neu) in § 1 aufgegriffen (siehe lfd. Nr. 11)	Nein



Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
17.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>5. Redaktionelle Klarstellung Facharztstatus</b></p> <p>Mitglieder des Teams sind zwingend Fachärzte oder Psychotherapeuten. Die erneute Nennung des Facharztstatus in der Klammer in <b>§ 3 Absatz 4 Satz 1</b> ist daher überflüssig und sollte aus redaktionellen Gründen gestrichen werden.</p>	Siehe lfd. Nr. 10 und Nr. 11	Nein
18.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>Satz 2</b> sollte redaktionell um Psychotherapeuten ergänzt werden.</p>	Hinweis bereits durch Einfügung des Absatzes 4 (neu) in § 1 aufgegriffen (siehe lfd. Nr. 11)	Nein
19.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen</b></p> <p>Hinsichtlich des <b>§ 4 Absatz 1 Satz 3</b> unterstützt die Bundesärztekammer den Vorschlag von DKG und KBV sowohl bezüglich der abschließenden Nennung der drei „bestimmten Bereiche“, die in angemessener Entfernung vorzuhalten sind, als auch bezüglich der Formulierung „in angemessener Entfernung“.</p>	Siehe lfd. Nr. 8 ( <b>GKV-SV und PatV</b> )	Nein
20.	BÄK (16.01.2013)	<p>Ferner spricht sich die Bundesärztekammer entsprechend dem Vorschlag der PatV für die Verwendung des Begriffs „barrierefrei“ aus. Barrierefreiheit drückt aus, dass nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch ältere Menschen und Personen mit Kleinkindern freie Zugänglichkeit erhalten sollen. Barrierefreiheit ist nach unserer Kenntnis die neuere und korrektere Bezeichnung. Inwieweit unterschiedliche inhaltliche Vorstellungen mit den beiden Formulierungsvorschlägen verbunden sind, ist weder dem Richtlinienentwurf noch den tragenden Gründen zu entnehmen.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV und KBV:</b></p> <p>Die Frage der Barrierefreiheit war Gegenstand intensiver Beratungen im Rahmen des Erstellungsprozesses der Richtlinie. Wenngleich der barrierefreie Zugang ein erstrebenswertes Ziel darstellt, erscheint er vor dem Hintergrund des damit verbundenen Aufwandes der Umsetzung als Pflichtanforderung nicht angemessen. Es wäre nicht zielführend, wenn Angebote zu spezialfachärztlicher Versorgung nicht zustande</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
			<p>kämen, weil kein barrierefreier Zugang besteht.</p> <p><b>PatV:</b> Barrierefreiheit liegt vor, wenn eine Einrichtung für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar ist. Eine gleichberechtigte Versorgung aller Patienten muss sichergestellt werden.</p>	
21.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>1. Einbeziehung weiterer Berufsgruppen</b></p> <p>In vielen Fällen ist eine angemessene Versorgung von ASV-Patienten nicht möglich, ohne auf andere Berufsgruppen zurückzugreifen. Welche Berufsgruppen verfügbar sein müssen und wann sie einzubeziehen sind, sollte daher in den Anlagen geregelt werden. Insofern unterscheidet sich die Einbindung weiterer Berufsgruppen nicht von anderen Anforderungen, die ausdrücklich in den Anlagen geregelt werden sollen. <b>§ 4 Absatz 1 Sätze 4 bis 6</b> sollten wie folgt ersetzt werden:</p> <p><i><sup>4/5</sup>Weitere Berufsgruppen sind frühzeitig und bedarfsgerecht einzubeziehen. Näheres zur Einbeziehung und zur Notwendigkeit der ständigen Verfügbarkeit regeln die Anlagen.</i></p>	<p>§ 4 Absatz 1 Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:</p> <p>„<sup>4/5</sup>Der Einbezug <del>nicht-ärztlicher</del><u>weiterer</u> Berufsgruppen wie Physiotherapie ergibt sich erkrankungs- und/oder leistungsbezogen <u>aus den Anlagen</u> und erfolgt auf Verordnung.<sup>5/6</sup>Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung <del>nicht-ärztlicher</del><u>dieser</u> Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.“</p>	Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
22.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>2. Barrierefreiheit</b> [Anmerkung der G-BA-Geschäftsstelle: § 4 Abs. 2]</p> <p>In der ASV sollte nach Möglichkeit ein barrierefreier Zugang sichergestellt sein. Allerdings sollte geprüft werden, ob anstelle eines allgemeinen Erfordernisses der Barrierefreiheit ein solches Ziel festgelegt werden sollte. Dadurch könnte verhindert werden, dass dort, wo derzeit ein (vollständig) barrierefreier Zugang (noch) nicht sichergestellt werden kann, gänzlich auf ein Angebot der ASV verzichtet werden muss.</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 20 (<b>DKG, GKV-SV und KBV</b>)</p> <p><b>PatV:</b> Die Patientenvertretung ist sich der Schwierigkeiten der vollständigen Umsetzung der „Barrierefreiheit“ bewusst. Zumindest sollte bei der Anzeige bzw. Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 SGB V dargestellt werden, inwieweit Barrierefreiheit besteht und z.B. durch Schulung des Personals und sonstigen Hilfestellungen Versorgungshindernisse für Menschen mit Behinderungen vermieden werden.</p>	Nein
23.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>3. Psychosoziales Betreuungskonzept</b></p> <p>Bei der Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten ist mit einer nochmals erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu rechnen (siehe Anlage). Liegen psychosoziale Belastungsfaktoren vor, können beim Betroffenen in Abhängigkeit von den individuellen Ressourcen und Risikofaktoren (z. B. Bewältigungsstrategien, Persönlichkeit, biologische Vulnerabilität, soziale Ressourcen) Prozesse ausgelöst werden, die zu erheblichen Krisen und Stressreaktionen bis zur Entwicklung komorbider psychischer Erkrankungen führen können. Bei allen Erkrankungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V, die mit psychosozialen Belastungen verbunden sind, muss daher ein Ange-</p>	<p><b>GKV-SV, DKG und KBV:</b> Die Regelung der Einbindung psychotherapeutischer Leistungen und psychosozialer Betreuungsangebote erfolgt ggf. erkrankungsspezifisch in den Anlagen.</p> <p><b>PatV:</b> In § 4 Absatz 1 wird folgender Satz 7 angefügt: „Die Anlagen regeln, inwieweit ein Angebot zur psychosozialen Versorgung vorzuhalten ist.“</p>	Nein  Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		<p>bot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen verfügbar sein. Die diagnostische Entscheidung muss im Rahmen der Behandlung durch ein entsprechend qualifiziertes Mitglied des Behandlungsteams erfolgen. Dazu gehören insbesondere Psychotherapeuten.</p> <p>Dies bedeutet nicht, dass die weiter unten genannten Leistungen in jedem Einzelfall notwendig sind. Allerdings muss ein psychosoziales Betreuungskonzept vorgehalten werden und es muss durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen sichergestellt sein, dass jeder Patient bei Notwendigkeit unmittelbar Zugang zu den erforderlichen Leistungen hat. In einem neuen <b>Absatz 3 von § 4</b> sollte daher das Vorhalten eines solchen Angebots verpflichtend vorgeschrieben werden:</p> <p><i>(3) Jeder ASV-Berechtigte hat für seine Patienten ein Angebot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen mit mindestens folgenden Inhalten vorzuhalten:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Selbsthilfeangebote,</i></li> <li>2. <i>psychosoziale Beratungs- und Präventionsleistungen:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Patientenschulungen</i></li> <li>b) <i>Beratung und Präventionsleistungen hinsichtlich sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung</i></li> <li>c) <i>Beratung und Präventionsleistungen hinsichtlich psychischer Schwerpunktsetzung.</i></li> </ol> </li> </ol> <p><i>Durch Kooperationsvereinbarungen ist sicherzustellen, dass Patienten der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei Bedarf unmittelbar Zugang zu diesen Leistungen haben.</i></p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
24.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>V. Behandlungsumfang</b></p> <p>Es ist sinnvoll, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom Leistungsumfang auszunehmen, wenn für den stationären Bereich hierzu eine ablehnende Entscheidung nach § 137c SGB V getroffen wurde (<b>§ 5 Absatz 2</b>). Wenig zielführend ist es hingegen, die ASV auf Leistungen zu beschränken, die nach Leitlinien mit dem Empfehlungsgrad A empfohlen werden oder die eine gesonderte Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durchlaufen haben. Dies würde das Leistungsspektrum nicht zuletzt mit Blick auf Seltene Erkrankungen viel zu stark einschränken.</p>	GKV-SV schließt sich der Position von DKG und KBV zu § 5 Absatz 2 an	Ja
25.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 5 Behandlungsumfang</b></p> <p>Obgleich der Behandlungsumfang der ASV in den Anlagen – abschließend – geregelt werden kann, weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass sich auch für an der ASV teilnehmende Patienten der Behandlungsumfang grundsätzlich aus der medizinischen Notwendigkeit ergibt und durch § 12 SGB V bestimmt wird. Die Therapiefreiheit kann und darf nicht weiter über die ASV-RL eingeschränkt werden.</p>	Der Hinweis wird zur Kenntnis genommen. Die Therapiefreiheit wird von der ASV-RL nicht eingeschränkt.	Nein
26.	BÄK (16.01.2013)	Den Regelungsvorschlag von DKG und KBV, dass für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, in den Anlagen aufgeführt werden, sieht die Bundesärztekammer als ausreichend an.	Siehe lfd. Nr. 24	Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
27.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>VI. Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen</b></p> <p>Eine Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen sollte für jeden, der Leistungen im Rahmen der ASV erbringen möchte, zwingend vorgeschrieben werden. Dabei sollten die Bereiche, auf die sich die Zusammenarbeit erstreckt, ausdrücklich genannt werden. Hierzu bietet es sich an, in <b>§ 7</b> auf die Anforderungen in § 4 Absatz 3 zu verweisen.</p> <p><i><sup>1</sup>Es hat eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zu erfolgen. <sup>2</sup>Die Zusammenarbeit hat sich auf die Angebote nach § 4 Absatz 3 Nummer 1 zu erstrecken und soll sich auf die Angebote nach § 4 Absatz 3 Nummer 2 erstrecken.</i></p>	<p><b>GKV-SV, DKG und KBV:</b> Kenntnisnahme, jedoch keine Umsetzung, da dem BPtK-Vorschlag zur Einfügung des neuen Absatzes 3 zu § 4 nicht gefolgt wird (siehe lfd. Nr. 23)</p>	Nein
28.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 8 Überweisungen</b></p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich hinsichtlich der Regelung des Überweisungsvorbehaltes für die Vorschläge von GKV-SV, KBV und PatV in <b>§ 8 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2</b> und im Folgenden für die von der KBV vorgeschlagenen <b>Sätze 8 bis 11</b> aus.</p>	<p>DKG schließt sich den Positionen von GKV-SV, KBV und PatV zu § 8 Absatz 1 Sätze 1 und 2 an</p> <p><b>GKV-SV:</b> schließt sich KBV-Position zu § 8 Absatz 1 Sätze 8 - 11 an.</p> <p><b>GKV-SV und KBV:</b> Es erfolgt folgende Ergänzung in § 8 Absatz 1 Satz 8: „<sup>8</sup>Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen <u>und trägt ein eindeutiges Datum.</u>“</p>	Ja  Ja  Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
29.	BÄK (16.01.2013)	Bezüglich der Informationspflichten sieht die Bundesärztekammer die ASV-Berechtigten in der Pflicht, Versicherte und einweisende Vertragsärzte über Aufnahme und Abschluss der ASV zu informieren. Weshalb der GKV-SV fordert, dass auch die Krankenkasse zu informieren sei, erschließt sich nicht. Krankenkassen erhalten im Rahmen des Anzeigeverfahrens gemäß § 116b Absatz 2 SGB V und die Tatsache, dass nach § 116b Absatz 6 SGB V die Leistungen der ASV unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden, ohnehin einen umfassenden Überblick über diese Versorgung.	Vorschlag wird aufgegriffen. GKV-SV streicht Informationspflicht an die Krankenkassen (§ 8 Absatz 1 Satz 8) (Anschluss an bestehende Positionen von DKG und KBV)	Ja
30.	BÄK (16.01.2013)	Nicht ausreichend ist nach Auffassung der Bundesärztekammer der Formulierungsvorschlag in <b>§ 8 Absatz 1 Satz 4 bzw. 5</b> . Patienten sind nicht „nur“ darüber zu informieren, dass sie sich in der ASV befinden. Vielmehr ist zu prüfen, ob auf der Grundlage des bestehenden Arzt- und Berufsrechtes bzw. demnächst auch des Patientenrechtegesetzes nicht weitergehende Rechte der Patienten bestehen. Die Bundesärztekammer verweist daher insbesondere auf die Regelungen zur Informations- und Aufklärungspflicht sowie zur Einwilligung.	Die ASV-RL regelt hier nur die Informationspflichten zum Versorgungskontext. Andere Informations- und Aufklärungspflichten werden hiervon nicht berührt. (vgl. auch § 16)	Nein
31.	BÄK (16.01.2013)	Da der Gesetzgeber die Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen begrenzt hat, geht die Bundesärztekammer davon aus, dass für diese Erkrankungen eine gesicherte Diagnose vorliegen muss. Die Bundesärztekammer unterstützt daher den Vorschlag von GKV-SV und KBV in <b>§ 8 Absatz 1 Sätze 11 bzw. 12 bis 12 bzw. 13</b> .	<b>DKG und PatV:</b> Aufgrund der bisher vorgesehenen Erkrankungen ist es auch bei Patienten mit schwerer Verlaufsform möglich, dass eine eindeutige Diagnosestellung erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann. Dies spiegelt sich auch im Gesetz wider, wo eine „gesicherte Diagnose“ nicht vorgegeben wird, sondern vielmehr von „Diagnostik und	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
			Behandlung“ gesprochen wird. Der Position der BÄK kann daher nicht gefolgt werden.	
32.	BfDI (14.01.2013)	<p><b>a) Zu § 8 (Überweisungen) Absatz 1 Satz 4 oder 5:</b></p> <p>Eine Information an den Patienten über sein Befinden in einer ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung betrifft Daten zu seiner Person und stärkt so von vornherein seine Teilnahme am Heilungsprozess; auch im Rahmen seines Anspruches auf Auskunft erhielt er diese Information. Hingegen ist keine gesetzliche Grundlage dafür ersichtlich, dass parallel die Krankenkasse zu informieren ist (Vorschlag GKV-SV). Warum nach den Tragenden Gründen (Seite 14, GKV-SV) dies den Krankenkassen „zum Zeitpunkt der Leistungserbringung transparent“ sein muss, ist zudem weder dort begründet noch nachvollziehbar.</p>	Siehe lfd. Nr. 29	Ja
33.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung</b></p> <p>Der Gesetzgeber hat in § 116b Absatz 4 Satz 3 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, in Bezug auf Krankenhäuser zu bestimmen, bei welchen Tatbeständen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Wengleich somit der Gesetzgeber davon ausgeht, dass eine teilstationäre oder stationäre Durchführung nur ausnahmsweise erforderlich sein wird, schließt er die teilstationäre Leistungserbringung nicht aus. Die Bundesärztekammer spricht sich daher gegen den Formulierungsvorschlag des GKV-SV aus.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Da es sich bei der ASV um eine besondere Behandlung von Menschen mit einer schweren Erkrankung handelt, kann eine parallele teilstationäre Behandlung, die ebenfalls ambulant und am Krankenhaus, also mit gleichen Mitteln wie die ASV, ist, ausgeschlossen werden. Sollte eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreichen, muss der Patient vollstationär behandelt werden.</p>	Nein



Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
34.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V</b></p> <p>Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass insbesondere Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen von Kooperationen zwischen Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsbereiche profitieren. Die Festlegung eines Kooperationserfordernisses zwischen zwei Kernteams, wie vom GKV-SV gefordert, die jeweils sämtliche Kernleistungen selbst bereitstellen und ggf. bereits sektorenübergreifend zusammengesetzt sind, erschließt sich der Bundesärztekammer nicht. Nach Auffassung der Bundesärztekammer geht es um eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen einzelnen Leistungserbringern.</p>	GKV-SV schließt sich dem KBV-Vorschlag zu § 10 Absatz 1 Satz 2 an.	Ja
35.	BfDI (14.01.2013)	<p><b>b) Zu § 10 (Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V) Absatz 3 Buchstabe c vierter Halbsatz</b></p> <p>Für die nach dem Vorschlag GKV-SV vorgesehene Regelung, dass die Protokolle mit personenbezogenen Sozialdaten der Versicherten/Patienten "den erweiterten Landesauschüssen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen sind", fehlt die gesetzliche Grundlage und fehlt zudem eine Begründung in den Tragenden Gründen (die die gesetzliche Grundlage allerdings auch nicht ersetzen könnte).</p>	<p>GKV-SV schließt sich DKG und KBV-Vorschlag zu § 10 Abs. 3 lit.c) an</p> <p><b>DKG, KBV und GKV-SV:</b> In § 10 Absatz 3 lit. c) werden folgende begriffliche Schärfungen vorgenommen: „die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame <u>patientenorientierte</u> <u>qualitätsorientierte Fallkonferenzen</u> <u>Konferenzen</u> durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser <u>Fallkonferenzen</u> <u>Konferenzen</u> sind insbesondere <u>patientenindividuelle</u> <u>patientenbezogene</u> kritische Evaluationen ...“</p>	Ja  Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
36.	BfDI (14.01.2013)	Es sind keine Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse ersichtlich, für die die Protokolle benötigt würden.	GKV-SV schließt sich DKG und KBV-Vorschlag zu § 10 Absatz 3 lit. c) an (Siehe auch lfd. Nr. 35)	Ja
37.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>VII. Keine Verpflichtung zur intersektoralen Zusammenarbeit</b></p> <p>Zur Umsetzung von § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V schreibt der Entwurf vor, Vereinbarungen „intersektoral“ bzw. „mit dem anderen“ Versorgungssektor zu schließen. Dem Gesetz hingegen lässt sich ein solches Erfordernis nicht entnehmen. Vielmehr sieht das Gesetz Vereinbarungen vor, die die Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern fördern. Das Erfordernis einer „intersektoralen“ Kooperation geht somit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Danach müsste jeder, der in diesem Bereich im Rahmen der ASV tätig wird, eine Kooperationsvereinbarung mit dem Leistungserbringer aus dem jeweils anderen Sektor schließen. Es ist zudem schwer verständlich, warum ein Team, das bereits aus Mitgliedern beider Sektoren besteht, nur dem Sektor zugeordnet wird, aus dem die Teamleitung stammt – so der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes. Es sollte geprüft werden, ob nicht auf die bürokratische und formalisierte Vereinbarung zugunsten einer Regelung verzichtet werden kann, die inhaltlich eine Kooperation fördert und beispielsweise das Durchführen von Fallkonferenzen o. ä. zum Gegenstand hat.</p>	Diese Rechtsauffassung wird nicht geteilt. Ein wesentlicher Grund für die gesetzlich vorgesehenen Kooperationen nach § 116b SGB V ist die intersektorale Abstimmung (vgl. z.B. BT- Drs. 456/11, S. 122).	Nein
38.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 12 Mindestmengen</b></p> <p>Die Bundesärztekammer befürwortet, dass Vorgaben zu Mindestmengen – sofern überhaupt notwendig – jeweils spezifisch</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung des Regelungsvorschlags</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		in die Anlagen aufgenommen werden und keine grundsätzliche Regelung in den allgemeinen Paragraphenteil aufgenommen wird.	<b>PatV:</b> schließt sich GKV-SV-Position an	
39.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>VIII. Mindestmengen</b></p> <p>Die Festlegung von Mindestmengen kann sinnvoll sein und ist grundsätzlich nach der Rechtsprechung unter bestimmten Voraussetzungen auch zulässig. Es ist aber fraglich, ob die Regelung des <b>§ 12</b> so Bestand haben kann. Insbesondere die pauschale Festlegung einer Mindestmenge von 50 Behandlungsfällen bei Seltenen Erkrankungen ohne Unterscheidung der Art und konkreten Häufigkeit könnte den Anforderungen der Rechtsprechung zuwiderlaufen. Hier sollte geprüft werden, ob nicht auf allgemeine Vorgaben zur Menge gänzlich verzichtet und die Mindestmenge dann individuell in der Anlage vorgegeben werden sollte. Dafür spricht auch die in der Richtlinie vorgesehene Möglichkeit, von der vorher festgelegten Mindestmenge von 50 Behandlungsfällen in der Anlage abzuweichen.</p>	Siehe lfd. Nr. 38 ( <b>GKV-SV, PatV</b> )	Nein
40.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 13 Qualitätssicherung</b></p> <p>Die Bundesärztekammer erkennt in der differenzierteren Formulierung von DKG und KBV in <b>§ 13 Satz 3</b>, wonach es getrennte Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits gibt, eine zutreffende Abbildung der derzeitigen Situation, hält diese Differenzierung aber durch den Verweis auf die geltende gesetzliche Grundlage nach § 135a und 137 SGB V für verzichtbar und unterstützt</p>	<p><b>DKG und KBV:</b> Zur größeren Klarheit wird an dem Formulierungsvorschlag festgehalten.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		daher den knapperen Formulierungsvorschlag von GKV-SV und PatV.		
41.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 14 Evaluation</b></p> <p>Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung der PatV, dass die Ergebnisse der nach § 116b Absatz 9 SGB V vorgeschriebenen Bewertung nicht nur dem Bundesministerium für Gesundheit, sondern auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegt werden. Wenngleich dies vom Gesetzgeber nicht vorgesehen wurde, sollte auch der Gemeinsame Bundesausschuss Gelegenheit erhalten, im Sinne eines lernenden Systems die Auswirkungen der von ihm erarbeiteten Richtlinie zu beraten und ggf. Handlungsbedarf für die Anpassung der Richtlinie zu identifizieren. Darüber hinausgehend wäre im Interesse einer umfassenden Transparenz die Veröffentlichung der Ergebnisse wünschenswert.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG und KBV:</b></p> <p>Es besteht keine Verpflichtung und keine Rechtsgrundlage den Bericht dem G-BA zur Verfügung zu stellen oder ihn zu veröffentlichen. Im Übrigen bilden die Berichtspflichtigen als Träger ohnehin den G-BA.</p>	Nein
42.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 15 Dokumentationsanforderungen und -regeln</b></p> <p>Der Umfang der Dokumentationspflichten von Ärzten ist grundsätzlich durch gesetzliche Normen des Arzt- und Berufsrechtes geregelt und wird zudem durch das Patientenrechtgesetz geregelt werden. Von daher können in den Anlagen der ASV-Richtlinie nur ergänzende, konkretisierende Regelungen aufgenommen werden. Ansonsten stimmt die Bundesärztekammer dem Vorschlag von DKG und KBV zu.</p>	<p>Gemeint sind ASV-spezifische Dokumentationsvorgaben. Dokumentationspflichten, die auf anderen Rechtsgrundlagen gründen, werden hiervon nicht berührt.</p> <p>§ 15 wird wie folgt gefasst:  <b>„§ 15 Dokumentation</b>  <sup>1</sup>Der Umfang der sektorenübergreifend einheitlichen Dokumentationspflichten im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen einschließlich der Kriterien des schweren Verlaufs und der Prozeduren ergibt sich aus</p>	Nein  Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
			den konkretisierenden Anlagen. <sup>2</sup> Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. <sup>3</sup> Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1. <sup>4</sup> Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen.“	Ja
43.	BfDI (14.01.2013)	<p><b>c) Zu § 15 (Dokumentationsanforderungen und -regelungen)</b></p> <p>Die Textfassung der Regelungsvorschläge unterscheiden sich u. a. dadurch, dass der Vorschlag DKG und KBV für die Definition des Umfangs der Dokumentationspflichten auf die Anlagen verweist, während der Vorschlag GKV-SV dazu keine Aussage trifft, jedoch nach seinen dazu gemachten Ausführungen in den Tragenden Gründen (Seite 18) „Entsprechende Regelungen“ „vom ergänzten Bewertungsausschuss“ nach § 87 Absatz 5a SGB V getroffen werden sollen.</p> <p>Für eine Subdelegation an den ergänzten Bewertungsausschuss fehlt aber die rechtliche Grundlage. Es ist Aufgabe des G-BA nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V, das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in einer Richtlinie – abschließend - zu regeln. Sofern Konkretisierungen in Anlagen erfolgen, sind auch diese Bestandteil der Richtlinie (§ 1 sowie die Ausführungen dazu in den Tragenden Gründen), und ihre zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehene Er-</p>	Siehe lfd. Nr. 42	Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Institution (Datum der STN)	Zusammenstellung richtlinienrelevanter Auszüge aus den Stellungnahmen der BÄK, BPtK und des BfDI – Vorschlag der G-BA-Geschäftsstelle -	Auswertung der Stellungnahmen (Positionen der Bänke) <sup>1</sup>	Änderung des Richtlinien-Entwurfs oder der Position mindestens einer Bank aufgrund der STN (Ja/Nein)
		stellung erfordert ebenfalls grundsätzlich meine Beteiligung.		
44.	BÄK (16.01.2013)	<p><b>§ 16 Patienteninformation</b></p> <p>Die Bundesärztekammer unterstützt den gemeinsamen Vorschlag von GKV-SV, DKG und KBV, spricht sich aber dafür aus, die Regelung weiter vorne einzufügen. Inhaltlich besteht ein Zusammenhang zu der entsprechenden Regelung in § 8 des Richtlinienentwurfs.</p>	<p>§ 16 Satz 1 des GKV-SV, DKG und KBV-Vorschlags wird geändert wie folgt:  <del>„</del>Die Patientinnen und Patienten erhalten <del>spätestens</del> bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche <u>allgemeine Erläuterungen über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum. Die Information der Patientin bzw. des Patienten ist zu dokumentieren.</u>“ (PatV schließt sich dieser Position an.)</p>	Ja
45.	BPtK (16.01.2013)	<p><b>IX. Patienteninformation</b></p> <p>Die Informationspflichten in § 16 sollten ergänzt werden. Beide Vorschläge beschränken sich derzeit auf die Pflicht, allgemein über die Versorgungsform ASV zu informieren. Es ist für den Patienten nicht nur wichtig zu verstehen, was die ASV ist, sondern auch welches Versorgungsangebot im konkreten Fall vorgehalten wird. Es sollte daher geprüft werden, ob sich die allgemeinen Informationen nicht auch auf das konkrete Versorgungsangebot beziehen und Angaben darüber enthalten müssen, wer im Team ist und welche Leistungen angeboten werden. Nur so kann sich der Patient noch vor der Aufklärung für oder gegen dieses Angebot entscheiden.</p>	Siehe auch lfd. Nr. 44	Ja



# Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Abs. 9 Satz 1 SGB V i. V. m. 1. Kapitel § 12 Ver-  
fahrensordnung  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**hier: Entwurf der Richtlinie des Gemeinsamen Bundes-  
ausschusses über die ambulante spezialfachärztliche  
Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)**

Sitzung des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Hause des Gemein-  
samen Bundesausschusses in Berlin  
am 13. Februar 2013  
von 14.57 Uhr bis 15.20 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden Personennamen entfernt.

Anhang 2 der Anlage 4 der Tragenden Gründe zur ASV-RL

Angemeldete Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Herr Prof. ...

Herr ...

Angemeldete Teilnehmer für die **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)**:

Herr ...

Herr ...



Beginn der Anhörung: 14.57 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

**Die Vorsitzende:** Sehr geehrte Herren! Ich begrüße Sie im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich schon am schriftlichen Stellungnahmeverfahren beteiligt haben. Ich begrüße als Vertreter der Bundeszahnärztekammer Herrn ... und den uns allen schon bestens bekannten Herrn .... Herzlich willkommen! Für die Bundespsychotherapeutenkammer ist heute Herr ... anwesend; Professor ... (Vertreter der BPtK) sitzt noch im Zug. Da wir jetzt den Zeitpunkt erreicht haben, zu dem Sie eingeladen waren – 15 Uhr –, beginnen wir planmäßig mit der mündlichen Anhörung, auch wenn es schade ist, dass Herr ... (Vertreter der BPtK) noch nicht anwesend ist.

Ich möchte nicht starten, ohne auch Sie darüber zu informieren, dass das, was Sie hier gleich äußern werden, mitstenografiert wird und dass dieses Wortprotokoll wie auch die schriftliche Auswertung der Stellungnahmen hinterher im Bundesanzeiger veröffentlicht werden.

Ich möchte den Trägerorganisationen erst einmal Gelegenheit geben, Ihnen Fragen zu stellen. Im Anschluss daran haben Sie die Gelegenheit, noch einmal neuere Erkenntnisse darzustellen, die Sie uns in Ihrer schriftlichen Äußerung bisher noch nicht zur Kenntnis gegeben haben. Ich hoffe, Sie nehmen es mir nicht übel, dass ich ganz ausdrücklich aus der Verfahrensordnung zitiere: Die mündliche Stellungnahme

dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Seien Sie dessen versichert, dass alle Gesichtspunkte, die Sie uns auf schriftlichem Wege schon zur Kenntnis gegeben haben, wirklich sehr ausführlich von uns gewürdigt wurden. Der heutige Termin dient nur dazu, offene Fragen zu klären und Ihnen die Gelegenheit zu geben, neue Gesichtspunkte, die Sie schriftlich noch nicht geäußert haben, zusätzlich anzubringen.

Selbstverständlich ist das hier Ausgetauschte – Herr ... (Vertreter der G-BA-Geschäftsstelle) erinnert mich daran – bis zur Veröffentlichung absolut vertraulich zu handhaben.

Ich frage die Vertreter der beiden Organisationen: Haben Sie noch Fragen zum Vorgehen? – Das ist nicht der Fall. Damit ... (Vertreter der BPtK) doch noch die Gelegenheit hat, rechtzeitig einzutreffen, würde ich die Trägerorganisationen bitten, wenn Sie einverstanden sind, ihre Fragen erst einmal an die Bundeszahnärztekammer zu stellen. – Wer möchte beginnen? Frau... (Vertreterin der DKG).

**Vertreterin der DKG:** Ich würde gerne nachfragen, da die Zahnärzte ja auch eine Trägerorganisation im G-BA und damit eine wichtige Partei auf der Leistungserbringerseite sind: Könnten Sie sich vorstellen, künftig von der Richtlinie betroffen zu sein, auch wenn Sie jetzt keine Betroffenheit sehen? Das hatten wir mit dieser Perspektive so nicht abgefragt. Dazu würde ich gerne Ihre Position kennen.

**Vertreter der BZÄK:** Vielen Dank für die Frage. – Die Betroffenheit bezieht sich auf die Behandlung onkologischer Erkrankungen. Da sind insbesondere die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen und, wenn es den Mundhöhlenbereich betrifft, auch die Fachzahnärzte für Oralchirurgie direkt betroffen.

**Die Vorsitzende:** Gibt es weitere Fragen an die Bundeszahnärztekammer? – Herr ... (Vertreter der KBV), bitte.

**Vertreter der KBV:** Ich möchte eine mehr rechtstechnische Frage stellen. Die Versorgung in diesem System setzt ja enge Kooperationen zwischen drei Behandlern, sage ich mal, voraus. Wenn Sie sagen, dass nicht auszuschließen ist, dass auch ein Zahnarzt mitwirkt: Gibt es in Ihrem Berufsrecht irgendwelche Probleme, die sozusagen eine Kooperationsvereinbarung zwischen Ärzten und Zahnärzten erschweren würden? Wir von der KBV vertreten ja nicht die Auffassung, dass für die Kooperationen Berufsausübungsgemeinschaften gebildet werden müssten, aber meinen, dass zumindest Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden müssten, die auch gewisse Haftungskonsequenzen beinhalten, wenn einer der Beteiligten einen Behandlungsfehler begeht usw. Deswegen jetzt die Nachfrage – ich kenne mich im zahnärztlichen Berufsrecht nicht so gut aus; ich bitte um Nachsicht –: Gibt es Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Zahnärzten?

**Vertreter der BZÄK:** Vielen Dank für die Frage, Herr ... (Vertreter der KBV). Diese kann ich mit Nein beantworten. Weder aus dem Zahnheilkundengesetz noch aus der Musterberufsordnung – wir haben ja so ähnlich wie bei den Kammern eine Musterberufsordnung, die analog in mehr oder weniger identischer Form von den Landes Zahnärztekammern übernommen worden ist –, also weder aus der einen noch aus der anderen Rechtsquelle ersehen wir irgendwelche rechtlichen Gründe, die gegen eine solche Kooperation vertraglicher Art sprechen. Es ist mir nicht bekannt, dass es irgendwelche Hinderungsgründe gäbe, die dem entgegenstehen. Es gibt allgemeine Restriktionen, ähnlich wie bei den Ärzten, was die Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Berufen angeht, aber innerärztlich gibt es da meines Wissens keine Restriktionen.

(Herr ... (Vertreter der BPTK) betritt den Raum)

**Vertreter der KBV:** Sie könnten sich also ein Behandlungsteam vorstellen, das auch einen Zahnarzt einschließt – es kann ja eine Spezifität im Rahmen einer bestimmten Erkrankung sein –, mit den Konsequenzen, die sich zum Beispiel aus dem Paragrafenteil ergeben, mit Überweisungsfragen und Ähnlichem?

Eine weitere Frage: Wir unterscheiden ja drei Ebenen, unbeschadet der rechtlichen Zusammenfassung dieser Beteiligten. Es gibt auch die hinzugezogenen Ärzte und Fachärzte. Man könnte sich also dann auch vorstellen, dass ein Zahnarzt nicht Mitglied eines Behandlungsteams ist, sondern hinzugezogen wird für bestimmte Fälle, wenn das die Erkrankung gebietet, also zum Beispiel im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich.

**Vertreter der BZÄK:** Unsere Berufsordnung, insbesondere die Musterberufsordnung, aber auch die Berufsordnungen in den Ländern stehen dem nicht entgegen, also sowohl einer Berufsausübungsgemeinschaft als auch natürlich der Möglichkeit der Zusammenarbeit von – in dem Fall dreht es sich ja darum – Fach Zahnärzten für Oralchirurgie oder Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen mit anderen Spezialfachärzten.

**Die Vorsitzende:** Weitere Fragen an die Bundeszahnärztekammer? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich jetzt die Vertreter der Bundeszahnärztekammer: Gibt es Aspekte, die Sie heute mündlich ergänzen möchten, die Sie uns auf schriftlichem Wege noch nicht mitgeteilt haben?

**Vertreter der BZÄK:** Obwohl es keine neuen Aspekte gibt, möchte ich vielleicht doch noch einen Satz dazu sagen: Die direkt Betroffenen habe ich eben genannt. Aber die Zahnmediziner können mittelbar betroffen sein. Das trifft aber nicht die Definition der Betroffenheit. Wenn eine zahnmedizinische Behandlung eines Patienten erforderlich ist im Rahmen einer Erkrankung, die hier aufgelistet ist, sind

natürlich besondere Maßnahmen erforderlich. Aber die direkte Betroffenheit betrifft eben nur die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen und die Fachzahnärzte für Oralchirurgie.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Dann wechseln wir jetzt zur Bundespsychotherapeutenkammer. Ich begrüße Herrn ... (Vertreter der BPtK). Herzlich willkommen! – Herr ... (Vertreter der BPtK), ich würde erst den Trägerorganisationen Gelegenheit geben, Ihnen Fragen zu stellen. Dann bekommen Sie, wie Sie eben schon miterlebt haben, selber die Gelegenheit, gegebenenfalls Aspekte zu ergänzen, die Sie uns schriftlich noch nicht mitgeteilt haben. Seien Sie dessen versichert – Sie waren eben noch nicht im Raum –: Wir haben Ihre ausführliche Stellungnahme intensivst durchgearbeitet; das werden Sie dann in der schriftlichen Auswertung sehen. Somit ist es also nicht erforderlich, uns schon bekannte Positionen zu wiederholen. Wenn es darum geht, eigene Standpunkte noch einmal darzustellen, betrifft das nur neue Gesichtspunkte im Nachgang Ihrer schriftlichen Stellungnahme.

Aber zunächst erhalten die Trägerorganisationen und die Patientenvertreter die Gelegenheit, Fragen an die Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer zu stellen. – Wer möchte beginnen? DKG?

**Vertreterin der DKG:** Sie haben die Psychotherapeuten ja an mehreren Stellen ins Feld geführt. Ich würde gerne wissen: Wo bei den drei Behandlungsebenen haben Sie die Psychotherapeuten im Kontext dieser Versorgung vornehmlich gesehen?

**Vertreter der BPtK:** Frau ... (Vorsitzende), es tut mir leid, dass ich ein bisschen zu spät gekommen bin, aber ich habe heute einen extrem eng getakteten Tag. – Zu Ihrer Frage: Das hängt natürlich auch sehr von der ganz individuellen Ausgestaltung der jeweiligen Behandlungsangebote ab. Man kann sich vorstellen, dass bei einem Angebot nach § 116b bei einer onkologischen Erkrankung die psychosozialen Aspekte sehr stark ausgeprägt sind. Ich habe dieses Beispiel extra gewählt, weil wir das bereits jetzt aus der Versorgung kennen. Es gibt also onkologische Schwerpunktpraxen, die sehr psychosozial ausgerichtet sind; andere sind das weniger. Inwieweit dort dann Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten zum Team gehören müssen oder inwieweit sie – Herr ... (Vertreter der KBV) sagte das ja – hinzugezogen werden können, hängt sehr von dem individuellen Behandlungsangebot ab. Da bei all den bisher aufgeführten Erkrankungen psychische Komorbiditäten bekannt sind – dafür gibt es genügend epidemiologische Belege –, haben wir nur darauf hingewiesen, dass man aus unserer Sicht von vornherein daran denken muss, auch psychotherapeutische Kompetenz mit in das Behandlungsteam einzubinden.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen an die Bundespsychotherapeutenkammer? – Herr Rechtsanwalt ... (Vertreter der KBV).

**Vertreter der KBV:** Herr Professor ... (Vertreter der BPtK), ich gehe davon aus, dass es Fälle gibt, bei denen Psychologische Psychotherapeuten eingebunden oder hinzugezogen werden können. Nun gibt es ja Unterschiede bei den Methoden; es gibt schließlich Verhaltenstherapeuten, Analytiker, Gesprächspsychotherapeuten. Mich würde interessieren: Würde es hinsichtlich der Ausrichtung notwendig werden, dass bei der Ausgestaltung auch konkret festgelegt wird, wer da einbezogen wird, oder wäre das nach Ihrer Auffassung relativ oder sogar gar nicht notwendig? – Ich drücke es einmal ganz banal aus: Ist Psychotherapeut gleich Psychotherapeut? Oder müsste das methodenspezifisch präzisiert werden?

**Vertreter der BPtK:** Grundsätzlich gilt: Psychotherapeut ist gleich Psychotherapeut; denn die Behandlungsangebote, die Psychotherapeuten machen können, unterscheiden sich zwar hinsichtlich der Verfahren, aber sie sind bei diesen Belangen in der Regel für alle geeignet, indiziert. Das heißt

nicht – jetzt kommt sozusagen die Einschränkung auch ein bisschen im Hinblick auf das Klientel, das von einem Behandlungsteam vorwiegend behandelt wird –, dass nicht bei dem einen oder anderen Behandlungsteam eher ein Verhaltenstherapeut oder eher ein psychodynamischer Therapeut, um einmal die beiden wissenschaftlich begründeten Verfahren zu nehmen, besser am Platz ist. Aber das ist etwas, das dann im Einzelfall entschieden werden kann. Falls Ihre Frage war, ob es, wenn psychotherapeutische Kompetenz vorhanden sein soll, immer zwei sein müssen: Das würde ich verneinen.

**Vertreter der KBV:** Darf ich noch einmal fragen?

**Die Vorsitzende:** Bitte.

**Vertreter der KBV:** Ich nehme Ihr Beispiel der onkologischen Erkrankungen. Die häufigsten Belastungen sind Sorgen, Ängste, Depressivität, Erschöpfung, familiäre Probleme usw. Wenn ich jetzt einmal eine Depression unterstelle – ich muss allerdings für mich beanspruchen, dass ich das fachlich nicht beurteilen kann –: Kommt dafür ein Verhaltenstherapeut oder ein Analytiker infrage? Müsste man das festlegen?

**Vertreter der BPtK:** Nein, das müsste man nicht. Die Depression ist ein gutes Beispiel, gerade weil man es nicht festlegen muss und weil die Evidenz sowohl für psychodynamische als auch für Verhaltenstherapie gegeben ist. Es ist ja in der S3-Leitlinie und auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie bewusst darauf verzichtet worden, die Verfahren differenziell aufzuführen; vielmehr wird in den Leitlinien von Psychotherapie geredet, wohl wissend, dass dahinter – das ist dann in der Leitlinie auch genau erwähnt, wenn die Studien zitiert werden – sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamische Therapiekonzepte stehen können. Aber gerade bei der Depression ist es so, dass beide Verfahren wirksam sind und durch entsprechende Evidenzen belegt sind.

**Die Vorsitzende:** Gibt es weitere Fragen an die Bundespsychotherapeutenkammer? – Das ist nicht der Fall. Dann möchte ich Ihnen Gelegenheit geben, noch Aspekte zu ergänzen, die sich gegebenenfalls neu ergeben haben. Ich nehme an, Herr ... (Vertreter der BPtK), Sie werden das Wort ergreifen.

**Vertreter der BPtK:** Ganz neue Aspekte haben sich in der Kürze der Zeit, seitdem wir das verfasst haben, nicht ergeben. Vielleicht nur noch ein Satz, der in der Regel in solchen Papieren in dieser Deutlichkeit nicht drinsteht: Bei der Diskussion unserer Stellungnahme mit verschiedenen Kolleginnen und Kollegen kam natürlich durchaus auch die Frage, ob wir jetzt auch da noch mit dabei sein wollen – Psychos überall –, und es war etwas Ungläubigkeit und Erstaunen dabei. Ich möchte Ihnen das jetzt nicht unterstellen, aber falls das auch bei einigen von Ihnen der Fall sein sollte, was mich als jemand, der in dem Feld unterwegs ist, ja nicht überrascht, dann möchte ich nur noch einmal darauf hinweisen – das ist ja alles auch genau in unserer Stellungnahme begründet –: Es soll jetzt nicht einer bestimmten Berufsgruppe geholfen werden, sondern die Prävalenzen von psychischen Komorbiditäten für alle diese in § 116b aufgeführten Erkrankungen sind so klar, dass aus unserer Sicht das Vorhalten von psychosozialen Interventionsmöglichkeiten – und dazu gehört auch Psychotherapie – notwendig ist. Es ist also nicht ein Add-on, nichts, was man macht, damit sich die Patienten vielleicht besser fühlen; vielmehr sind es in einem relevanten Ausmaß behandlungsbedürftige Erkrankungen – nicht bei 100 Prozent dieser Patienten, aber eben in unterschiedlichem Umfang. Die entsprechenden Zahlen stehen in unserer Stellungnahme. Ich möchte dieses Versorgungskonzept, das zu einer Verbesserung führen soll, bei Ihnen beliebt machen und möchte Sie bitten, diesen Aspekt mit zu berücksichtigen.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Frau ... (Vertreterin der DKG) für die DKG.

**Vertreterin der DKG:** Wenn Sie jetzt mitmachen würden, in welcher Form auch immer, dann wären ja entsprechende Kooperationsvereinbarungen erforderlich, je nachdem, auf welcher Ebene Sie hinzugezogen würden. Herr ... (Vertreter der KBV) hatte vorhin den Vertretern der Zahnärzte die Frage gestellt, ob es bei ihnen irgendwelche Probleme mit solchen Kooperationsvereinbarungen gibt. Ich wüsste gerne, ob es bei Ihnen solche Probleme geben könnte.

**Vertreter der BPTK:** Na ja, primär würden wir es uns natürlich nicht nur wünschen, sondern fänden es schon angemessen, gerade beim Thema Onkologie, dass ein Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut zum Team gehört. Das gehört gerade bei den Versorgungseinrichtungen, die es jetzt gibt – Sie wissen, dass ich im stationären Bereich arbeite –, dazu. In einem Krankenhaus, das onkologische stationäre und ambulante Behandlungen anbietet, ist entweder direkt im Team oder abrufbar über einen Konsiliardienst innerhalb des Krankenhauses, also bei demselben Träger, psychosoziale, psychotherapeutische Kompetenz vorhanden, also eine, die auch unmittelbar abrufbar ist. Ich habe selber in dem Bereich konsiliarisch gearbeitet. Da war es klar, dass man innerhalb von einem Tag da sein muss und nicht über irgendeinen Kooperationsvertrag vielleicht nächste Woche. Das heißt nicht, dass es in einzelnen Teams nicht auch tatsächlich über Kooperationsverträge geregelt werden kann. Ich wüsste aber nicht, was es da grundsätzlich für Schwierigkeiten geben sollte.

Von den Kolleginnen und Kollegen wissen wir, dass sie sehr interessiert sind, in diesem Bereich mitzuarbeiten. Die Kooperation mit der somatischen Medizin – daher kommt ja ursprünglich Psychosomatik auch – ist ein Spezialgebiet, das vom Wissenschaftlichen und Klinischen her sehr attraktiv geworden ist, sodass ich nicht glaube, dass es formale Probleme bei Regelungen zur Hinzuziehung in Kooperationsvereinbarungen – das war ja die Frage – geben könnte.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Gibt es noch weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich sehr, dass Sie gekommen sind. Danke auch für die sehr disziplinierte Beantwortung unserer Fragen und für Ihre Kommentare. Entnehmen Sie der vergleichsweise Kürze dieser Veranstaltung indirekt die Information, dass wir uns sehr intensiv und ausführlich mit Ihren schriftlichen Stellungnahmen beschäftigt haben. – Noch einmal vielen Dank dafür, dass Sie gekommen sind.

(Beifall)

Schluss der Anhörung: 15.20 Uhr