



## Bundesministerium für Gesundheit

### Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Ergänzung der Anlage 1.2 – Buchstabe a Multiple Sklerose

Vom 15. Dezember 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B1), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 15. Dezember 2022 (BAnz AT 02.05.2023 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I.

Der Anlage 1.2 wird folgender Buchstabe a angefügt:

„a) Multiple Sklerose

#### 1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

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

G35.- Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]

G36.- Sonstige akute disseminierte Demyelinisation

G37.- Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

#### 2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel Elektrokardiogramm [EKG]) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und thorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Gesichtsfeld- und Augenhintergrunduntersuchung)
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Liquoruntersuchung
- Neurologische Untersuchung
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel Elektroenzephalogramm [EEG], Elektromyographie [EMG], Elektroneurographie [ENG], evozierte Potenziale)
- Neuropsychologische Untersuchungen
- Psychiatrische Untersuchung
- Schluckdiagnostik
- Urologische Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Restharnbestimmung, Urodynamik)

Behandlung

- Anlage von Blasenkathetern
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen



- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien inklusive Injektionen, Infusionstherapien, intrathekale Pumpenversorgung
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Wundversorgung

#### Beratung

- zur sozialen Integration
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

### 3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

#### 3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

##### a) Teamleitung

- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.

##### b) Kernteam

- Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

##### c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie benannt werden.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie als Teammitglied benannt werden.

---



### 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege
- Ergotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- Neurologie

c) Notfallpläne (SOP [standard operating procedures]) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden

d) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht

### 3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

### 3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 120 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

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

## 4 Überweisungserfordernis

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

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

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

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

## 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

### Präambel

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem EBM einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2022 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2022.

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



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

### **Appendix „Multiple Sklerose“<sup>\*\*</sup>**

II.

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

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

Berlin, den 15. Dezember 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende  
Prof. Hecken

---

\* Redaktioneller Hinweis:

Der Appendix ist aus technischen Gründen in einer gesonderten PDF-Datei dargestellt. Diese PDF-Datei kann über einen Link am rechten Seitenrand nur in der HTML-Ansicht und in der Druckversion der Bekanntmachung geöffnet werden.

---