

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche
Versorgung §116b SGB V:
Aktualisierung der ASV-RL

Vom 15. Mai 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	1
2.	Eckpunkte der Entscheidung	1
3.	Bürokratiekostenermittlung	9
4.	Verfahrensablauf	9
5.	Fazit.....	10
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	11

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit diesem Beschluss werden vorwiegend Anpassungen der jeweiligen Anlagen der ASV-RL vorgenommen.

Im Folgenden werden Anpassungen der Appendizes begründet, die den Behandlungsumfang ändern. Zudem wird auf weitere Anpassungen der ASV-RL eingegangen, die im Rahmen dieser Aktualisierung vorgenommen wurden.

Die im Laufe des Jahres eingegangenen, zahlreichen Hinweise aus der Versorgungspraxis (beispielsweise von Berufsverbänden oder Leistungserbringern) zur ASV-RL wurden im Rahmen dieses Beschlusses teilweise aufgegriffen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

2.1 Anpassung in § 4a

In § 4a Absatz 4 erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

2.2 Anpassungen in §§ 5, 5a und § 5b

Aufgrund der Covid-19-Pandemie war die Möglichkeit der ärztlichen telefonischen Beratung neu eingeführt worden mit Befristung auf den 31. März 2022. Vor diesem Hintergrund wird der bisherige § 5a gestrichen. Der bisherige § 5b wird zu § 5a woraus auch die Verweisanpassung in § 5 Absatz 1 Satz 2 resultiert.

2.3 Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Zu 2. Strahlendiagnostik und -therapie

In den Regelungen zur fachlichen Befähigung in der Strahlendiagnostik und -therapie wurde präzisiert, welche Fachärztinnen und Fachärzte jeweils die Anforderungen erfüllen, um die Leistungen in der ASV durchzuführen. Hierbei wurden die Anforderungen für Nicht-Radiologen gemäß § 5 Absatz 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Strahlendiagnostik und -therapie spezifiziert. Werden beispielsweise Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten unter der Leitung von zur Weiterbildung im jeweiligen Leistungsbereich befugten Ärztinnen und Ärzten erworben, so geht der G-BA von der Erlangung einer ausreichenden Kompetenz aus. Diese ergänzten alternativen Regelungen erfolgen in Anlehnung an die QSV Strahlendiagnostik und -therapie, die ebenfalls neben den Befähigungen durch die Inhalte der Weiterbildungsordnung, incl. der Inhalte von Zusatzweiterbildungen, weiteren Fachärztinnen und Fachärzten die Durchführung der jeweiligen Leistung ermöglicht.

Bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung leistungsspezifischer Qualitätsanforderungen in § 4a und im Anhang zu § 4a vom 15. Juni 2023 wird darauf hingewiesen, dass der Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung und Beurteilung von Röntgenuntersuchungen oder der Knochendichtemessung Gegenstand der Facharztweiterbildung in zahlreichen Gebieten ist. Neben dem Erwerb der Kenntnisse und Fertigkeiten durch eine entsprechende Facharztausbildung bzw. einer entsprechenden fachgebundenen Zusatzweiterbildung hat der G-BA schon im damaligen Beschluss vorgesehen, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte, die über keine der aufgeführten speziellen Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen verfügen, die Leistungen der genannten Leistungsbereiche durchführen dürfen, wenn sie andere Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Voraussetzungen präzisiert und für die unterschiedlichen Leistungsbereiche sprachlich vereinheitlicht.

Zu 4. Kernspintomographie

Grundlage der Konkretisierung der Regelungen zur Kernspintomographie ist die entsprechende QSV gemäß § 135 Absatz 2 SGB V. Abweichungen der einzelnen Regelungen von den Inhalten der QSV beruhen auf den unterschiedlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vorgaben im vertragsärztlichen Versorgungsbereich und im Krankenhaussektor.

Eine Anzeige der Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen ist nur dann nach den Regelungen des Anhangs zu § 4a der ASV-RL erforderlich, wenn die allgemeinen und übergeordneten Tatbestände in § 4a Absatz 3 Buchstaben b bis d oder Absatz 4 der ASV-RL nicht zutreffen.

Anforderungen an die fachliche Befähigung für die allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma:

Für Fachärztinnen und Fachärzte des Gebietes Radiologie gelten die Anforderungen für den Leistungsbereich Kernspintomographie als erfüllt. Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nennt für die Weiterbildung in diesem Gebiet eine Richtzahl von 3000 Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchungen und setzt somit höhere Untersuchungszahlen als die zugrundeliegende QSV im niedergelassenen Bereich voraus. Zudem ist in der QSV zur Kernspintomographie geregelt, dass soweit die Weiterbildungsordnung in einem Fachgebiet für eine Weiterbildung in der Kernspintomographie den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vorschreibt, die fachliche Qualifikation durch die Vorlage von entsprechenden Zeugnissen als erfüllt gilt. Dies kann neben dem Fachgebiet Radiologie auch auf andere Fachgebiete im Rahmen der Weiterbildung zutreffen. Die Teilnahme an der ASV setzt auch für das Gebiet Radiologie eine Facharztqualifikation voraus, sodass im Einklang mit den Regelungen der QSV auf einen abermaligen Nachweis von durchgeführten Untersuchungen verzichtet wird. Legt die Weiterbildungsordnung nicht ohnehin bereits eine mind. 24-monatige Tätigkeit (Teilzeittätigkeit wird entsprechend angerechnet) in der kernspintomographischen Diagnostik fest, wird diese zusätzlich zur Facharztqualifikation vorausgesetzt. Auf diese Zeit kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diagnostik angerechnet werden. Die Tätigkeitszeit kann demnach beispielsweise im Rahmen der Weiterbildung abgeleistet worden sein und stellt (unabhängig von den im Rahmen der Weiterbildung zu erbringenden Untersuchungszahlen) eine ausreichende Erfahrung in der Durchführung von MRT-Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sicher.

Zusätzliche Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma:

Die Anforderung an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma wurden grundsätzlich aus der QSV zur Kernspintomographie übernommen. Neben der Facharztbezeichnung Radiologie und der selbstständigen Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden, setzt dies auch die Erfüllung der Voraussetzung zur Ausführung von Leistungen der Röntgenmammographie und der Mammasonographie gem. § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Solange die Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen noch nicht in den Anhang zu § 4a der ASV-RL überführt wurden, gelten die Anforderungen der QSV im Rahmen der ASV gem. § 4a Abs. 1 ASV-RL entsprechend. Die Voraussetzungen gelten aber auch dann als erfüllt, sofern andere Tatbestände nach § 4a Abs. 3 oder Abs. 4 ASV-RL durch die ASV-Berechtigten erfüllt werden.

Es wird vorausgesetzt, dass die ASV-Berechtigten, die kernspintomographische Untersuchungen durchführen, die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen an die Vorhaltung und Anwendung von MRT-Geräten einhalten. Dies trifft auch auf Leistungserbringer zu, die Kernspintomographie-Untersuchungen durchführen, weshalb von der Festlegung zusätzlicher, ggf. auch ASV-spezifischer apparativer Anforderungen abgesehen wird.

2.4 Anpassungen von Leistungen, die mehrere erkrankungsspezifische Regelungen betreffen

Appendizes

Mit diesem Beschluss werden auf Grundlage von § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL in der Fassung des Beschlusses vom 17. Oktober 2024 beschlossenen Fassung den Anlagen der ASV-RL erstmals

Appendizes angefügt, die sich auf die Festlegung späterer Anpassungen des Behandlungsumfanges und auf einzelne Leistungen beschränken.¹

Appendizes Präambel

Aufgrund der Anpassungen infolge des Umstrukturierungsbeschlusses des G-BA vom 17. Oktober 2024, der das bedingte Außerkrafttreten der Appendizes regelt, ergeben sich Änderungen in den Erläuterungen der Präambel zu Nr. 5 Appendizes. Auch wenn die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges weiterhin dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang obliegt, wird der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V mit einem eigenen Beschluss die jeweils abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlagen dieser Richtlinie bestimmen.

Systematischer Einschluss der Beauftragung (GOP 34800) und Erbringung (GOP 34810, 34820 und 34821) telekonsiliarischer Befundbeurteilung.

Im Rahmen der Betreuung von Patientinnen und Patienten innerhalb der ASV kann die radiologische Beurteilung von bereits angefertigten Röntgen und/oder CT-Aufnahmen notwendig sein. Diese Leistung ist bereits im Appendix einiger Anlagen enthalten, wobei die Berücksichtigung nicht einheitlich ist. Hiermit wird eine Vereinheitlichung angestrebt, woraus sich teilweise eine Ergänzung, in anderen Fällen eine Streichung ergibt.

Aus diesem Grund wird die GOP 34800 für die Fachgruppe Radiologie in der 3. Ebene in den Appendizes aller Anlagen ergänzt. In allen Anlagen, in denen Röntgen- und/oder CT-Diagnostik eine Rolle spielt und im jeweiligen Appendix aufgeführt ist, wird die GOP 34800 für die Fachgruppen des Kernteams und in einigen Fällen auch Fachgruppen in der 3. Ebene aufgenommen. Für Fachgruppen, denen bisher die GOP 34800 jedoch nicht die im EBM zu Grunde liegenden bildgebenden Leistungen zugeordnet sind, wird diese konsequenterweise nun nicht mehr aufgeführt. Die Bearbeitung des Auftrags und somit die telekonsiliarische Befundurteilung durch die Fachgruppe Radiologie ist über die GOP 34810, 34820 und 34821 abgebildet. Die Art der Umsetzung innerhalb der Anlagen variiert jedoch, sodass hiermit eine Vereinheitlichung angestrebt wird. Dementsprechend werden diese GOP für die Fachgruppe Radiologie in der 3. Ebene in den Appendizes all jenen Anlagen ergänzt, in denen Röntgen- und/oder CT-Diagnostik eine Rolle spielt und im jeweiligen Appendix aufgeführt ist.

2.5 Anpassung einzelner erkrankungsspezifischer Regelungen

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Atypische Tumormarker

Bei der Behandlung von Tumoren können Tumormarker von großem Wert zur serologischen Evaluation des Therapieansprechens sein. Aus diesem Grund ist die Bestimmung von tumorspezifischen Tumormarkern innerhalb der ASV bereits abgebildet. Im klinischen Alltag gibt es immer wieder Tumorerkrankungen, die anstatt eines für diese Tumorgruppe "typischen" Tumormarker einen atypischen Tumormarker exprimieren. Dies trifft beispielsweise für CA15-3 für das Pankreaskarzinom zu. Für diese seltenen Fälle existiert bisher im Rahmen der ASV-Behandlung keine Möglichkeit diese prinzipiell serologisch nachverfolgbare Erkrankung durch Bestimmung der entsprechenden Tumormarker im Verlauf der Erkrankung zu bestimmen. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme 32391 (CA15-3) im Appendix der Anlagen Tumoren des Gastrointestinaltrakts und des Bauchraums für die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin.

¹ Siehe Fußnote/Hinweis bei Änderungsbefehl I.6. lit. b im Beschluss vom 15.05.2025

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 676. Sitzung wurden die Gebührenordnungspositionen (GOP) 34720 und 34721 sowie die Kostenpauschale 40585 für die Indikationsstellung einer Therapie bei Prostatakarzinom mit dem Arzneimittel Pluvicto® mittels PSMA- PET; PET/CT in den EBM aufgenommen.

Da die bisherige Abschnitt 2 -Leistung „PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose und PSMA-Liganden) bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA“ inhaltsgleich ist, ist diese Untersuchung unter 2 Behandlungsumfang-Diagnostik zu verschieben. Die GOP finden sich im Appendix wieder.

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 4 Hauttumoren

Zusätzlicher Aufwand

Kernpunkte einer onkologischen Versorgung wurden von Anfang an in der ASV mit Verweis auf die entsprechenden Leistungen gemäß der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patientinnen und Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): „Onkologie-Vereinbarung“) berücksichtigt. So findet sich im Behandlungsumfang der ASV Hauttumoren auch der Verweis auf die Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung.

Da jedoch vereinzelt auch Patientinnen und Patienten mit den ICD-Diagnosen C82.- bis C86.- (kutane Lymphome, die keine soliden Tumore darstellen) behandelt werden, hat der G-BA die Leistung „Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“ im Behandlungsumfang ergänzt.

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumore

Im Rahmen der Anlage zu Kopf- oder Halstumoren können auch Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Haut in diesem Bereich behandelt werden. Insbesondere bei inoperablen und fortgeschrittenen Tumoren erfolgt die Behandlung oft durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Für den Fall, dass das ASV-Team Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Kopf-Hals-Bereich betreut, wird die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten in das Kernteam verschoben.

Ergänzung der Hautärzte im Kernteam

Dermatologen können im Rahmen der Diagnosestellung und Therapie für Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Haut im Kopf-Hals-Bereich eine leitende Rolle einnehmen. Vor diesem Hintergrund und eingeschränkt auf diese Indikationen wird diese Fachgruppe, die bisher ausschließlich der Ebene der Hinzuzuziehenden zugeordnet war, auch im Kernteam vorgesehen. Bei Erfordernis des „Wechsels“ der Fachärztinnen und Fachärzte aus der Ebene der Hinzuzuziehenden in das Kernteam in bestehenden Teams ist dieser von den ASV-Teams innerhalb einer im Beschluss angegebenen Übergangszeit bzw. Frist zu vollziehen; die hierfür erforderlichen Änderungsanzeigen bei den erweiterten Landesausschüssen sind entsprechend rechtzeitig zu stellen.

Dem Appendix sind die jeweiligen Leistungen zu entnehmen, die die Fachgruppe durchführen kann, wenn sie Teil des Kernteams ist. Sofern sie nicht in das Kernteam aufgenommen wurde, gelten weiterhin die bisherigen Regelungen für Hinzuzuziehende.

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten können im Rahmen einer zweijährigen Zusatzweiterbildung fundierte Kenntnisse im Bereich der histologischen Untersuchungen der Haut und Übergangsschleimhäute erwerben. Fachärzte mit dieser Zusatzweiterbildung vereinen somit klinische und histologische Expertise und leisten somit einen besonderen Beitrag zur Diagnose und Therapie von Hauterkrankungen. Der G-BA ist mehrfach auf den Umstand aus der Versorgungspraxis hingewiesen worden, dass Hautärzte mit entsprechender Zusatzweiterbildung diese Leistungen für ihre Patienten durchführen. Dementsprechend verfügen viele Hautkliniken und Hautarztpraxen über eigene dermatohistopathologische Untersuchungsmöglichkeiten. Auch der EBM ermöglicht diesen Fachärzten die Erbringung von dermatohistopathologischen Untersuchungen. Um diese besondere Expertise auch in der ASV nutzen zu können, hat der G-BA mit seinem Beschluss vom 21.03.2024 diese GOPen in den Anlagen zu Hauttumoren sowie zu rheumatologischen Erkrankungen – Erwachsene und Augentumoren ebenfalls den Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kernteam zugeordnet. Mit der Aufnahme der Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten in das Kernteam der Anlage zu Kopf- oder Halstumoren wird auch in diesem Kontext in die Durchführung von dermatohistopathologischen Untersuchungen ermöglicht, um auch bei Hauttumoren im Kopf-Hals-Bereich die dermatohistopathologische Expertise wie bei Hauttumoren an anderer Lokalisation nutzen zu können.

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

Der Kode C46.- Kaposi-Sarkom ist in der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) in der Konkretisierung der Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung enthalten. Mit der Erarbeitung einer entsprechenden Anlage zur ASV-RL erfolgte auch eine Überarbeitung der Konkretisierung der Erkrankungen. Da es sich bei dem Kaposi-Sarkom um einen seltenen vaskulären Tumor handelt erfolgt die Aufnahme dieses Kodes in die Anlage zu Knochen- und Weichteiltumoren. Patientinnen und Patienten mit einer kutanen, nicht HIV-assoziierten Manifestation eines Kaposi-Sarkoms können bereits im Rahmen der Anlage zu Hauttumoren behandelt werden.

Unter 3.1 Personelle Anforderungen wurde unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte die zutreffende Arztbezeichnung

– Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
nach MWBO ergänzt.

Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene und Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche

Eine im Erwachsenenalter einsetzende Dermatomyositis ist insbesondere in den ersten drei Jahren nach Erkrankungsbeginn mit einem erhöhten Tumorrisiko assoziiert. Während ein regelhaftes Screening aller Patientinnen und Patienten mit Dermatomyositis auf Tumore nicht erforderlich ist, so empfehlen Leitlinien den Einsatz eines PET/PET-CT zur Tumorsuche bei einem Alter über 40 Jahren bei Symptombeginn und dem Vorliegen weiterer serologischer und klinischer Risikofaktoren. Neben dem Vorliegen einer anti-TIF1 γ -oder NXP2- Antikörperpositiven Dermatomyositis stellen insbesondere therapierefraktäre Dysphagien sowie eine unter autoimmunsuppressiver Therapie anhaltende hohe Krankheitsaktivität (beispielsweise in Form von kutanen Nekrosen und/oder Ulzerationen) Hochrisikofaktoren dar.

Die Anlage umfasst zudem auch die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose. In 10-30% der Fälle kommt es dabei zu einer kardialen Beteiligung, die weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich machen können. Vor diesem Hintergrund werden die bereits in der krankheitsspezifischen Anlage 2e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Sarkoidose enthaltenen PET/PET-CT

Untersuchungen auch in der Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene ergänzt.

Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Ergänzung Teilnahme von Gastroenterologen ohne Schwerpunktbezeichnung

In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (z.B. Fachärztin bzw. Facharzt mit Schwerpunkt) abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen und Ärzten, die in dem entsprechenden Fachgebiet schon länger tätig sind, aber naturgemäß die neu eingeführte Spezialisierung als Ausbildungsinhalt nicht erworben haben können, diese Leistungen weiter zu erbringen. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Absatz 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne spezialisierte Facharztkompetenz (Schwerpunkt) unter bestimmten Bedingungen ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen erhalten. Auch für andere Facharztgruppen können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Genehmigungen zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen bei entsprechenden Nachweisen erteilt werden.

Insbesondere erfahrene gastroenterologisch tätige internistische Ärztinnen bzw. Ärzte, denen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Zulassung und Genehmigung zur Erbringung gastroenterologischer Leistungen erteilt wurde, die aber keine Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sind, würden ohne diese Regelung von der Teilnahme an der ASV ausgeschlossen werden. Diese Sonderregelung wurde für Fachärztinnen bzw. Fachärzte des Kernteams getroffen. Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen bzw. Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Deshalb soll die Expertise der o.g. erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die die Genehmigung bis zum 31. Dezember 2015 erhalten haben, mit in die ASV-Behandlung einfließen können. Für die Zukunft wird zur Teilnahme an der ASV der jeweilige Schwerpunkt gefordert. Diese Sonderregelung ist bereits in der ASV-Anlage 1.1 a Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle aufgeführt.

Streichung Abschnitt 2-Leistung Chromoendoskopie/Weißlichtendoskopie

Da die Leistung „Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskoloskopie“ durch Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses bereits in den Bereich VII EBM aufgenommen wurde, ist die Leistung an dieser Stelle zu streichen.

Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose

Mit diesem Beschluss erfolgt die ergänzende Zuordnung der GOP 35600 *Testverfahren* zu den Neurologen im Kernteam, die diese Testverfahren häufig anwenden. Bisher war die Leistung nur den psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen in der dritten Ebene zugeordnet.

Anlage 2 b) Mukoviszidose

Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion (GOP 04580 und 13350) und Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM (GOP 04590 und 13360)

Diagnostik und Therapie von Manifestationen der Mukoviszidose umfassen unter anderem die Untersuchungen von Hormondrüsen, wie beispielsweise der Bauchspeicheldrüse. Bei

einer Insuffizienz der Bauchspeicheldrüse kann es unter anderem zu einer Insulinpflichtigkeit kommen. Dabei kommen routinemäßig Real-Time-Messgeräte zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) zum Einsatz, die der Patient oder die Patientin nach Schulung selbst anwenden und die Therapie steuern kann. Um diese Leistungen im Rahmen der ASV Anlage Mukoviszidose zu ermöglichen, werden die GOP 13350 und 13360 für Erwachsene sowie die GOP 04580 und 04590 für Kinder und Jugendliche im Appendix ergänzt.

Schweißtest im Erwachsenenalter

Bei Vorliegen einer oder mehrerer klinischer Hinweise bei Erwachsenen und fortbestehendem Verdacht auf eine Mukoviszidose kann die Durchführung eines Schweißtestes indiziert sein. Der Schweißtest weist eine hohe Sensitivität und Spezifität für die Diagnose der Mukoviszidose auf und nimmt einen hohen Stellenwert im Rahmen der Diagnosestellung ein, der auch in der aktuellen Leitlinie zur Diagnose der Mukoviszidose dargelegt wird. Dabei können insbesondere folgende klinischen Hinweise wegweisend sein: Chronische sinopulmonale Erkrankungen, charakterisiert durch Chronischen (> 3 Mon) Husten und/oder Sputumproduktion und/oder pfeifendes Atemgeräusch und/oder Trommelschlegelfinger, Pankreas-, akut rezidivierende und/oder chronische Pankreatitis, distal intestinales Obstruktionsyndrom, Chronische Lebererkrankung, insbesondere bei klinischem oder histologischem Nachweis einer fokal biliären oder multilobulären Zirrhose und/oder portaler Hypertension, Cholelithiasis ohne hämatologische Erkrankung, Dystropher Ernährungsstatus, Hypoproteinämie und Ödeme, Komplikationen aufgrund eines Mangels an fettlöslichen Vitaminen und/oder Zink. Genitale Erkrankungen mit obstruktiver Azoospermie. Im EBM ist die Durchführung des hierfür erforderlichen Schweißtest jedoch auf die Fachgruppe der Kinder- und Jugendmediziner mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie beschränkt. Um in diesen Fällen auch der Fachgruppe für Innere Medizin und Pneumologie die Durchführung des Schweißtest zu ermöglichen, wird dieser im Behandlungsumfang ergänzt.

Vor Einleitung einer Therapie mit CFTR-Modulatoren ist unabhängig vom Alter der Patientinnen und Patienten der Nachweis einer entsprechenden Mutation erforderlich. Dennoch gilt ein gewisser Anteil der Patienten – trotz Nachweis einer nach aktuellem Kenntnisstand therapierbaren Mutation – als Non-Responder. Daher ist eine kritische Beurteilung der Therapieeffektivität unerlässlich. Im Vordergrund stehen dabei klinische Parameter wie FEV1, BMI, Infekthäufigkeit und Lebensqualität. In unklaren Fällen (z. B. bei ausbleibender Besserung) kann der Schweißtest als ergänzendes Hilfsmittel- in Kombination mit den üblichen klinischen Parametern- dienen, um die Therapieeffektivität zu evaluieren. Der Schweißtest ist zur Diagnose von Mukoviszidose gut etabliert und wird auch in den aktuellen Leitlinien empfohlen. Allerdings liegt keine ausreichende Evidenz vor, die den Schweißtest als geeignetes Mittel für das regelmäßige Therapiemonitoring unterstützt. Vor diesem Hintergrund wird der Schweißtest nur einmalig nach Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie vorgesehen.

Anlage 2 c) Hämophilie

Zur Behandlung einer schweren Hämophilie A ist das Gentherapeutikums Valoctocogen Roxaparovec zugelassen. Dabei handelt es sich um ein Arzneimittel für neuartige Therapien nach dem Arzneimittelgesetz, sogenannte Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP). Um die Infusion und die sich anschließende Nachbeobachtung im EBM abzubilden, wurden drei neue GOP (30320-20323) im EBM eingeführt. Diese neuen, bisher nicht im Rahmen der ASV abrechenbaren Leistungen, werden nun in den Appendix der Anlage Hämophilie für die gemäß ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie vorgesehenen Fachgruppen aufgenommen.

Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen

Im Rahmen der Anlage zu neuromuskulären Erkrankungen kann bei Patientinnen und Patienten mit einer okulären Myasthenie die Abklärung einer endokrinen Orbithopathie erforderlich sein. TSH-Rezeptor-Antikörper dienen in diesem Zusammenhang der Ursachenklärung, sodass die GOP 32508 ebenfalls ergänzt wird.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 4.606 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 23.004 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 24. September 2024 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 25. September 2024 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Termin	Gremium	Themen
11. November 2015	UA ASV	Beauftragung der AG mit der jährlichen Aktualisierung (der Appendizes)
24. September 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
25. September 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
16. Oktober 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
22. Oktober 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
30. Oktober 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
31. Oktober 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
20. November 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
26. November 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024

11. Dezember 2024	AG ASV-RL Appendix	Finale Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
12. Dezember 2024	AG ASV	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
15. Januar 2025	AG ASV	Finale Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024 Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe
12. Februar 2025	UA ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
27. März 2025	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
09. April 2025	UA ASV	Auswertung Stellungnahmeverfahren zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
15. Mai 2025	Plenum	Beschlussfassung zur Aktualisierung der ASV-RL 2024

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlusssentwurf des G-BA über die jährliche Anpassung der Appendizes an den aktualisierten EBM und weitere Änderungen der ASV-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom 12. Februar 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 18. Februar 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 18. März 2025.

Es wurde eine Stellungnahme seitens der Bundesärztekammer (BÄK) fristgerecht eingereicht. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) verzichteten auf ihr Stellungnahmerecht.

Die eingereichte Stellungnahme und die Rückmeldung befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum dokumentiert. Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 9. April 2025 durchgeführt (**Anlage 5**).

5. Fazit

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 15. Mai 2025 beschlossen, die ASV-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung (BKE)
- Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter
Beschlusssentwurf zur jährlichen Anpassung der Appendizes an den
aktualisierten EBM sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage 4: Rückmeldungen der Stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

Berlin, den 15. Mai 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Aktualisierung der ASV-RL

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert er gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Der vorliegende Beschluss nimmt in der Anlage für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen 1.1a für Tumorgruppe 6 Kopf- oder Halstumoren Änderungen an den personellen Anforderungen vor und erweitert damit die für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bestehenden Informationspflichten.

Die Änderung der Anlage 1.1 Buchstabe a – Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren sieht vor, dass die Facharztgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kernteam ergänzt wird. Demzufolge erhöhen sich die Bürokratiekosten für das Anzeigeverfahren und der Nachweis der Erfüllung der Mindestmenge wie folgt:

Tabelle 1: Kopf- oder Halstumoren: Vergleichende Bürokratiekosten je ASV-Team

<i>Informationspflicht</i>	<i>Kosten je Team (Euro) bisher</i>	<i>Kosten je Team (Euro) neu</i>	<i>Saldo</i>
Anzeigeverfahren	6.884	7.310	426
Nachweis Erfüllung Mindestmenge	632	696	64
insgesamt			490

Für die Abbildung der Teamzahlen wird auf die Angaben der ASV-Servicestelle¹ zurückgegriffen und 54 ASV-Teams herangezogen, welche derzeit bundesweit Kopf- oder Halstumore im Rahmen der ASV behandeln.

Tabelle 2: Hochrechnung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten bei 54 ASV-Teams

<i>Informationspflicht</i>	<i>Bürokratiekosten (Euro) bisher</i>	<i>Bürokratiekosten (Euro) neu</i>	<i>Saldo</i>
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	371.736	394.740	23.004
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	18.587	19.737	1.150
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	34.128	37.584	3.456 €
Saldo einmalige Bürokratiekosten			23.004
Saldo jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten			4.606

¹ Quelle: <https://www.asv-servicestelle.de/> (ASV-Verzeichnis für Patientinnen und Patienten: 6. Kopf- und Halstumoren, bundesweit); Abruf: 04.03.2025

Mit Aufnahme der Facharztgruppe Haut und Geschlechtskrankheiten im Kernteam des interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL erhöhen sich die jährlichen Bürokratiekosten um geschätzt 4.606 Euro sowie die einmaligen Bürokratiekosten um geschätzt 23.004 Euro.



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

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



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Aktualisierung der ASV-RL

Stand: 18.02.2025

Legende:

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

Grau hinterlegte Textteile: Von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

Vom 15. Mai 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Mai 2025 beschlossen die Richtlinie 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 TT. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In § 4a Absatz 4 wird die Angabe „benennenden“ durch die Angabe „benannten“ ersetzt.
2. In § 5 wird in Absatz 1 Satz 2 die Angabe § 5b durch die Angabe § 5a ersetzt.
3. § 5a wird gestrichen.
4. § 5b wird zu § 5a.
- 5.

PatV

In § 15 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungsspektrum“ die Wörter „in mündlicher und schriftlicher Form“ eingefügt.

GKV-SV, DKG, KBV

[keine Aufnahme]

6. Der Anhang zu § 4a wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

2. Strahlendiagnostik und -therapie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der diagnostischen Radiologie, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin.

Anforderungen an die fachliche Befähigung:

„a) Für die allgemeine Röntgendiagnostik:

- Facharztbezeichnung Radiologie, oder
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik fordert

DKG	KBV	GKV-SV
- Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst	oder Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte	<i>[keine Aufnahme]</i>

und

Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit

oder

Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 des Strahlenschutzgesetzes oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 des Strahlenschutzgesetzes.

b) Für die Computertomographie:

- Facharztbezeichnung Radiologie oder
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik fordert

<i>Folgedissens zu a) Für die allgemeine Röntgendiagnostik</i>		
DKG	KBV	GKV-SV
- Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse,	oder Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen	<i>[keine Aufnahme]</i>

Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von computertomographischen Untersuchungen umfasst“	und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte“	
--	---	--

c) Für die Knochendichtemessung:

- Facharztbezeichnung Radiologie, oder
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietspezifischen Knochendichtemessung fordert

<i>Folgedissens zu a) Für die allgemeine Röntgendiagnostik</i>		
DKG	KBV	GKV-SV
- Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von Knochendichtemessung umfasst	oder Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Knochendichtemessung unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte	<i>[keine Aufnahme]</i>

und Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit oder Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 des Strahlenschutzgesetzes oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 des Strahlenschutzgesetzes.

d) Für die Strahlentherapie:

- Facharztbezeichnung Strahlentherapie oder
- alternativ auch Facharztbezeichnung Neurochirurgie ausschließlich für die Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) nach den GOP 25322, 25323 und 25348

e) Für die Nuklearmedizin:

- Facharztbezeichnung Nuklearmedizin
- b) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. Kernspintomographie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der Kernspintomographie der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 des EBM.

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung:

Für die allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma:

- Facharztbezeichnung Radiologie oder
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen kernspintomographischen Diagnostik fordert

<i>Folgedissens zu 6a) Für die allgemeine Röntgendiagnostik</i>		
<p>DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von kernspintomographischen Untersuchungen umfasst 	<p>KBV</p> <p>oder</p> <p>Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen kernspintomographischen Diagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>und mind. 24-monatige ganztägige Tätigkeit (Teilzeittätigkeit wird entsprechend angerechnet) in der kernspintomographischen Diagnostik. Darauf kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diagnostik angerechnet werden. Die Anforderung kann bereits Teil der geforderten Facharzt-, Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung sein.</p>	<p>DKG</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

Für die Kernspintomographie der Mamma zusätzlich:

- Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgenmammographie (GOP 34270) und der Mammasonographie (GOP 33041) gem. § 4a Abs. 3 oder 4 und
- jeweils selbstständige oder unter Anleitung erfolgte Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden.

<p>GKV-SV</p> <p>b) Anforderungen an die apparative Ausstattung:</p> <p>Für die Durchführung von Leistungen der Kernspintomographie im Rahmen der ASV sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, wie die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte, das Medizinprodukterecht-</p>	<p>KBV</p> <p>b) Anforderungen an die apparative Ausstattung:</p> <p>Leistungen der Kernspintomographie dürfen nur erbracht werden, wenn ihre Durchführung nach</p>	<p>DKG</p> <p><i>“ [keine Aufnahme]</i></p>
--	---	--

Durchführungsgesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, sowie die entsprechenden Normen zu beachten. Es dürfen nur MRT-Systeme verwendet werden, die über eine CE-Kennzeichnung verfügen.“	Maßgabe des Medizinproduktegesetzes erfolgt.“	
--	---	--

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

- a) In Nummer 1 wird die Angabe „C19.-“ durch die Angabe „C19“, die Angabe „C20.-“ durch die Angabe „C20“ und die Angabe „C23.-“ durch die Angabe „C23“ ersetzt.
- b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:¹

„5 Appendix

GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)
--	--

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.“

Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 1 einsetzen]“

¹ Es wird die noch nicht in Kraft getretene mit Beschluss vom 17.10.2024 zur „Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)“ geänderte Fassung der ASV-RL zugrunde gelegt und davon ausgegangen, dass „5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wegen eines entsprechenden Beschlusses des ergänzten Bewertungsausschusses zu den Abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 5b ASV-RL i.d.F. des Beschlusses vom 17.10.2024 außer Kraft getreten ist (gilt für alle Appendix-Änderungen in diesem Beschlussentwurf)

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

Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

„6 Appendix

Folgedissens zu 7.b)	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „gynäkologische Tumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 2 einsetzen]“

9. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a "onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 3: urologische Tumoren“ wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird wie folgt geändert:

aa) In Diagnostik wird der dritte Spiegelstrich durch folgenden Spiegelstrich ersetzt:

„- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall, Doppler Nierenvenen, intravenöse Urographie einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen inklusive PSMA-PET/CT zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA)“

bb) In „Weitere spezifische Leistungen“ wird der siebte Spiegelstrich gestrichen.

- b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 3: urologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „urologische Tumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 3 einsetzen]“

10. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 4: Hauttumoren“ wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird unter „Weitere spezifische Leistungen“ nach dem vierten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

- b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 4: Hauttumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Hauttumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 4 einsetzen]“

11. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax“ wird wie folgt geändert:

Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV	DKG
gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 5 einsetzen]“

12. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren“ wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3.1 Buchstabe b wird nach dem siebten Spiegelstrich die Angabe „Bei Tumoren der Haut im Kopf-Hals-Bereich spätestens ab [einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zusätzlich auch: - Haut- und Geschlechtskrankheiten“ eingefügt.

bb) In Nummer 3.1 Buchstabe c wird der vierte Spiegelstrich durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt:

„Haut- und Geschlechtskrankheiten (sofern nicht im Kernteam vertreten)“

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV	DKG
gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Kopf- oder Halstumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 6** einsetzen]“

13. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ wird wie folgt geändert:

Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.“

Appendix „Tumoren des Gehirns“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 7 einsetzen]“

14. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren“ wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird nach der Angabe „C45.7 Mesotheliom sonstiger Lokalisation“ die Angabe „C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]“ eingefügt.
- b) In Nummer 3.1 Buchstabe c wird der zehnte Spiegelstrich durch folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“
- c) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen:*

Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Knochen- und Weichteiltumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 8** einsetzen]“

15. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges“ wird wie folgt geändert:

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
a) In Nummer 2 wird unter „Weitere spezifische Leistungen:“ folgender neuer erster Spiegelstrich eingefügt: „- intravitreale Medikamenteneingabe und entsprechende Nachbetreuung“	[keine Aufnahme]

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV	DKG
gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Tumoren des Auges“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 9** einsetzen]“

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

a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) In „Diagnostik“ wird der siebte Spiegelstrich durch folgenden Spiegelstrich ersetzt:

„-HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie)“

bb) „Weitere spezifische Leistungen“ wird wie folgt geändert:

DKG, PatV	GKV-SV	KBV
<p>aaa) Nach dem ersten Spiegelstrich werden folgende Spiegelstriche eingefügt:</p> <p>„- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDGPET) bei Patientinnen und Patienten mit anti-TIF1γ- oder NXP2- Antikörper-positiver Dermatomyositis bei Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr und Vorliegen mindestens eines weiteren Hochrisikofaktors zum Tumorausschluss bei Erkrankungsbeginn bis 3 Jahre nach Erkrankungsbeginn</p> <p>-PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-DOTA-NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-EKG, - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im 	<p>Nach dem ersten Spiegelstrich wird folgender Spiegelstrich eingefügt:</p> <p>„- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) bei Patientinnen und Patienten mit anti-TIF1γ- oder NXP2- Antikörper-positiver Dermatomyositis bei Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr und Vorliegen mindestens eines weiteren Hochrisikofaktors (Hochrisikogruppe) zum Tumorausschluss einmalig nach Erkrankungsbeginn falls andere klinische und diagnostische Verfahren in der bezeichneten Hochrisikogruppe nicht zu Detektion einer Tumorerkrankung geführt haben.“</p>	<p>[keine Aufnahme]</p>

jüngeren Lebensalter und Verdacht auf Sarkoidose als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist.“.	
---	--

DKG, PatV bbb) Nach dem vierten Spiegelstrich wird folgender Spiegelstrich eingefügt: „- Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhle und/oder des Nasen-Rachenraumes und/oder einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen“.	GKV-SV, KBV [keine Aufnahme]
--	--

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 10 einsetzen]“

17. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe b „rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche“ wird wie folgt geändert:

Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 11 einsetzen]“

18. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe c „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
- b) Unter „Diagnostik“ wird der sechste Spiegelstrich durch folgenden Spiegelstrich ersetzt:
 - „- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierung, Punktionen und Biopsien), Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskoloskopie“.
- aa) Unter „Weitere spezifische Leistungen“ wird der dritte Spiegelstrich gestrichen.
- c) Nummer 3.1 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa)

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-	<i>[keine Aufnahme]</i>

Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.	
--	--

bb) Nach dem neuen Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

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

d) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG [prüft] (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Chronisch entzündliche Darmerkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 12 einsetzen]“

19. Anlage 1.2 „Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „Multiple Sklerose“ wird wie folgt geändert:

a)

PatV, DKG	GKV-SV, KBV
In Nummer 2 wird unter „Beratung“ nach dem zehnten Spiegelstrich die Angabe „Weitere spezifische Leistungen: - Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)“ eingefügt.	[keine Aufnahme]

b)

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED	
DKG	GKV-SV, KBV, PatV
In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt: „Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.	[keine Aufnahme]

c) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

Folgedissens zu 7.b)	
GKV-SV, KBV, PatV	DKG [prüft]
gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Multiple Sklerose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Multiple Sklerose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 13 einsetzen]“

20. Anlage 1.2 „Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe b „zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)“ wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

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

a)

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

Folgedissens zu 7.b)	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen:*

Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Tuberkulose und atypische Mykobakteriose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 15** einsetzen]“

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

a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) „Diagnostik“ wird wie folgt geändert:

aaa) der fünfte Spiegelstrich wird durch folgenden Spiegelstrich ersetzt:

„-Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. ERCP), des Respirationstraktes (z. B. Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage)“.

bbb) Der 13. Spiegelstrich wird durch folgenden Spiegelstrich ersetzt:

„- Schweißtest für Kinder und Jugendliche“.

bb) In „Beratung“ wird nach dem zwölften Spiegelstrich folgende Angabe eingefügt:

„Weitere spezifische Leistungen:

DKG, PatV	KBV, GKV-SV
- Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhle und/oder des Nasen-Rachenraumes und/oder einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen	[keine Aufnahme]

- Schweißtest im Erwachsenenalter

<p>DKG, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei unklarer chronischer sinopulmonaler Erkrankung, rezidivierender oder chronischer Pankreatitis (nicht-biliär, nicht-alkoholisch), primär sklerosierender Cholangitis, aquagene Palmoplantarkeratose und/oder obstruktive Azoospermie und bei Verdacht auf Mukoviszidose bzw. CFTR-bedingte Erkrankung 	<p>KBV, GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> - aufgrund einer unklaren chronisch sinopulmonalen Erkrankung, einer rezidivierenden oder chronischen Pankreatitis (nicht-biliär, nicht-alkoholisch), einer primär sklerosierende Cholangitis, aquagene Palmoplantarkeratose und/oder einer obstruktiven Azoospermie und dringendem Verdacht auf Mukoviszidose
--	--

<p>DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - als Biomarker zum Monitoring beim Einsatz von CFTR-Modulatoren bei Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose“ 	<p>KBV, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Therapieüberprüfung bei Einsatz von CFTR-Modulatoren“ 	<p>GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> - einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität, nicht zur Verlaufskontrolle
--	---	--

b)

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

c) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>

GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)
--	--

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Mukoviszidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Mukoviszidose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 16 einsetzen]“

23. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe c „Hämophilie“ wird wie folgt geändert:

a)

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
DKG In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 5 folgender Satz eingefügt: „Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.	GKV-SV, KBV, PatV <i>[keine Aufnahme]</i>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
GKV-SV, KBV, PatV gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Hämophilie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Hämophilie“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier Anhang 17 einsetzen]“

24. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe d „Neuromuskuläre Erkrankungen“ wird wie folgt geändert:

a)

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen:*

Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Neuromuskuläre Erkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Neuromuskuläre Erkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 18** einsetzen]“

25. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe e „schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose“ wird wie folgt geändert:

a)

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Sarkoidose dieser

Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Sarkoidose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 19** einsetzen]“

26. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe h „Morbus Wilson“ wird wie folgt geändert:

a)

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender neuer Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

Folgedissens zu 7.b)	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Morbus Wilson dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3

dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Morbus Wilson“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 20** einsetzen]“

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

a)

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender neuer Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

Folgedissens zu 7.b)	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage Marfan-Syndrom dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Marfan-Syndrom“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 21** einsetzen]“

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

a)

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

<i>Folgedissens zu 7.b)</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage pulmonale Hypertonie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „pulmonale Hypertonie“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 22** einsetzen]“

29. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe o „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“ wird wie folgt geändert:

a)

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED	
<p>DKG</p> <p>In Nummer 3.1 wird in Buchstabe b nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.“.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5 Appendix

Folgedissens zu 7.b)	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des EBM für die Anlage ausgewählte seltene Lebererkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

[hier **Anhang 23** einsetzen]“

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 veröffentlicht.

Berlin, den 15. Mai 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

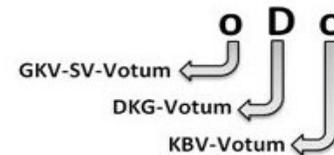
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: Gynäkologische Tumoren

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

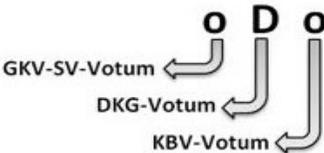
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																										
						Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie								
II	01	1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01102	Inanspruchnahme an Samstagen	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Bauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: Urologische Tumoren

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

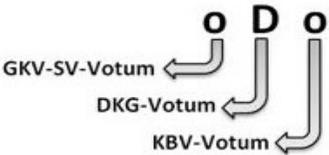
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Urologie	Anästhesiologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie
II	01	1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01102	Inanspruchnahme an Samstagen	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34720	PSMA-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvivotidtraxetan - PSMA-PET des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvivotidtraxetan	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	34	34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34721	PSMA-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvivotidtraxetan - PSMA-PET/CT des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvivotidtraxetan	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
V	40	40.1.0	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40585	Ga-68-PSMA-Ligand	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	GDK	000

Appendix Anlage 1.1a) Tumorgruppe 4: Hauttumoren

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- Weitere spezifische Leistungen (bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

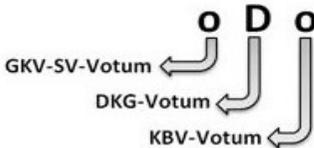
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK

= Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang

ooo

= Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert nicht zum Behandlungsumfang

oDo

= Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent

rote Schrift

= Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt

Hellblaue Schrift

= Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

					Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																				
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	
II	01	1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01102	Inanspruchnahme an Samstagen	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32416	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32410 bis 32416 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0DK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Bauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

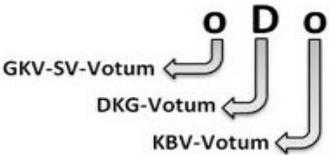
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam										Hinzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
						Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Thoraxchirurgie	Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie (Hinzuziehende)	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Orthopädie und Unfallchirurgie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Radiologie	Viszeralchirurgie					
II	01	1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01102	Inanspruchnahme an Samstagen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32390	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32385 bis 32405 - CA 125 und/oder HE 4	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32391	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32385 bis 32405 - CA 15-3	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32392	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32385 bis 32405 - CA 19-9	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgroupe 6: Kopf- oder Halstumoren

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- Weitere spezifische Leistungen (bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

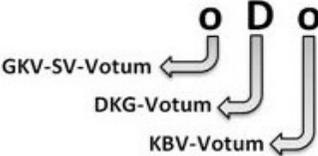
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK

=

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang

ooo

=

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert nicht zum Behandlungsumfang

oDo

=

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent

rote Schrift

=

Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt

Hellblaue Schrift

=

Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
						Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	01	1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	GDK
II	01	1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	GDK
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01220	Reanimationskomplex	GDK
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01221	Zuschlag Beatmung	GDK
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01222	Zuschlag Defibrillation	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01410	Besuch	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01411	Dringender Besuch I	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01412	Dringender Besuch II	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
						Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01426	Folgeberordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01444	Zuschlag Authentifizierung	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01510	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 2h	GDK
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01511	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h	GDK
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01512	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 6h	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01615	Feststellung und Bescheinigung gemäß Krankenhausbegleitungs-Richtlinie	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01620	Bescheinigung oder Zeugnis	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01621	Krankheitsbericht	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01623	Kurvorschlag	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01626	Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01640	Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01641	Zuschlag Notfalldatensatz	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01642	Löschen eines Notfalldatensatzes	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01648	Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01670	Einholung eines Telekonsiliums	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100	Infusion	GDK
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	GDK
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02110	Erst-Transfusion	GDK
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02111	Folge-Transfusion	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	GDK
II	02	2.2	Tuberkulintestung	02200	Tuberkulintestung	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02314	Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02320	Magenverweilsonde	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02340	Punktion I	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02360	Anwendung von Lokalanästhetika	GDK
II	02	2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	GDK
II	02	2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	02510	Wärmetherapie	GDK
III	08	8.6	Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie	08619	Beratung Kryo-RL	GDK
III	10	10.2	Hautärztliche Grundpauschalen	10211	Grundpauschale - Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	GDK
III	10	10.2	Hautärztliche Grundpauschalen	10212	Grundpauschale - Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	GDK
III	10	10.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10330	Komplex Wundbehandlung	GDK
III	10	10.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10340	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
III	10	10.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10341	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	GDK
III	10	10.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10342	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	GDK
III	10	10.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10344	(Teil-)Exzision im Kopf-/Gesichtsbereich bzw. Hand	GDK
III	10	10.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10345	Zusatzpauschale Onkologie	GDK
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	oDK
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19312	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren	oDK
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19320	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	oDK
IV	30	30.4	Physikalische Therapie	30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	GDK
IV	30	30.4	Physikalische Therapie	30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	GDK
IV	30	30.4	Physikalische Therapie	30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	30	30.4	Physikalische Therapie	30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	GDK
IV	30	30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	GDK
IV	30	30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	GDK
IV	30	30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30706	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	GDK
IV	30	30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30708	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30710	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30720	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30721	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30722	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30723	Ganglionäre Opioid-Applikation	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30724	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30731	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30740	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes (z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System)	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30750	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	GDK
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30760	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32030	Orientierende Untersuchung	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32031	Harn-Mikroskopie	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32032	pH-Wert	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32033	Harnstreifentest	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32035	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Erythrozytenzählung	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32036	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Leukozytenzählung	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32037	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Thrombozytenzählung	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32038	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Hämoglobin	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32039	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Hämatokrit	GDK
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32042	BSG	GDK
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32047	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32031 bis 32035 - Retikulozytenzählung	GDK
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32050	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32031 bis 32035 - Mikroskopische Untersuchung nach Gram-Färbung	GDK
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32051	Differenzial-Blutbild	GDK
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32052	Bestandteile im Sammelharn, quantitativ	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32055	Konzentrationsbestimmung eines Arzneimittels	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32056	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Gesamteiweiß	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32057	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Glukose	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32058	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Bilirubin gesamt	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32059	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Bilirubin direkt	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32060	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Cholesterin gesamt	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32061	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - HDL-Cholesterin	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32062	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - LDL-Cholesterin	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32063	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Triglyceride	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32064	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnsäure	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32065	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnstoff	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32066	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kreatinin (Jaffé-Methode)	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32067	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kreatinin, enzymatisch	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32068	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Alkalische Phosphatase	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32069	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GOT	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32070	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GPT	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32071	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Gamma-GT	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32073	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Lipase	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32074	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Creatinkinase (CK)	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32075	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - LDH	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32076	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GLDH	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32077	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - HBDH	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32078	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Cholinesterase	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32079	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Saure Phosphatase	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32081	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kalium	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32082	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Calcium	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32083	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Natrium	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32084	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Chlorid	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32085	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Eisen	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32086	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Phosphor anorganisch	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32089	Zuschlag Trägergebundene Reagenzien	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32092	Quantitative Bestimmung CK-MB	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32094	Quantitative Bestimmung von HbA1c	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32097	Quantitative Bestimmung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32101	Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH)	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32103	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - IgA	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32104	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - IgG	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32105	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - IgM	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32106	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - Transferrin	GDK
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32107	Serum-Elektrophorese	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Blutungszeit (standardisiert)	GDK
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32112	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - PTT	GDK
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32113	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Quick-Wert, Plasma	GDK
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32114	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Quick-Wert, Kapillarblut	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32115	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Thrombinzeit	GDK
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32116	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Fibrinogen	GDK
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32117	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)	GDK
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120	Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	GDK
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32121	Mechanisierte Leukozytendifferenzierung	GDK
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32122	Mechanisierte vollständiger Blutstatus	GDK
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32123	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32124	Endogene Kreatininclearance	GDK
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - CRP	GDK
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32132	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Schwangerschaftsnachweis	GDK
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32133	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Mononucleose-Test	GDK
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32134	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Myoglobin	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32135	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Urin-Mikroalbumin	GDK
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32136	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Urin-Alpha-1-Mikroglobulin	GDK
IV	32	32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32151	Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33011	Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33080	Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40128	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40130	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse	GDK
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	40142	Abfassung in freier Form	GDK
V	40	40.17	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie	40901	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 Quadratzentimeter	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
V	40	40.17	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie	40902	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche > 20 Quadratzentimeter	GDK

						Kernteam
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten
V	40	40.17	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie	40903	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 02314 bei Nutzung einer Vakuumpumpe	GDK
VII	51	51.1	Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)	51010	Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall	GDK
VII	51	51.1	Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)	51011	Pauschale für die Erfüllung der Anforderungen gem. § 10 Abs. 3 Buchstabe c) der ASV-Richtlinie - Qualitätskonferenzen	GDK
VII	51	51.2	Allgemeine Gebührenordnungspositionen	51020	Erstellen eines Medikationsplans gemäß § 5 Abs. 3 ASV-RL	GDK
VII	51	51.2	Allgemeine Gebührenordnungspositionen	51021	Anpassung des Medikationsplans und/oder des elektronischen Medikationsplans gemäß § 5 Abs. 3 ASV-RL	GDK
VII	51	51.4	Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen	51041	Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam											Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																			
						Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nuklearmedizin (Kernteam)	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Gefäßchirurgie	Hüftgelenk	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Radiologie					
II	01	1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01102	Inanspruchnahme an Samstagen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32416	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32410 bis 32416 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	GDK	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

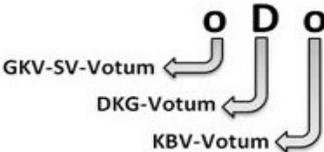
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

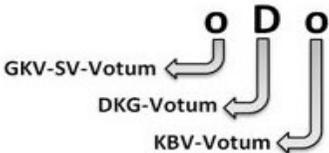
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023

(ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 676. Sitzung zu Änderungen in Abschnitt 34.7 und 40.10)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- Weitere spezifische Leistungen (bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

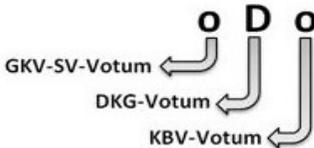
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK

= Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang

ooo

= Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert nicht zum Behandlungsumfang

oDo

= Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent

rote Schrift

= Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt

Hellblaue Schrift

= Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Appendix Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- Weitere spezifische Leistungen (bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

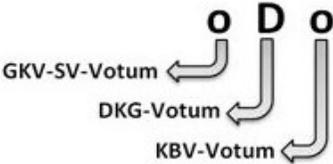
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Banken nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Appendix Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

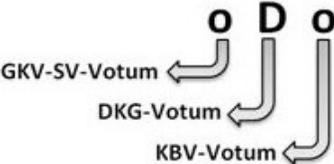
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Bänke nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Appendix Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

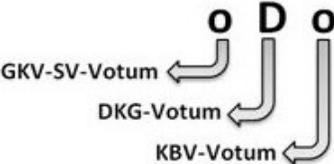
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Appendix Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- Weitere spezifische Leistungen (bisläng nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

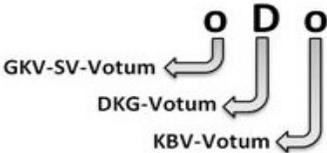
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK

=

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang

ooo

=

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert nicht zum Behandlungsumfang

oDo

=

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent

rote Schrift

=

Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt

Hellblaue Schrift

=

Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlicheneinzeltherapeutin oder Kinder- und Jugendlicheneinzeltherapeut	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Urologie				
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32405	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32385 bis 32404)	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	oDK	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000

Appendix Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

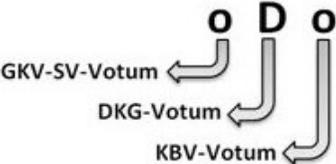
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte										
						Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin	Augenheilkunde	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Gastroenterologie	Urologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Neurologie	Pathologie	Laboratoriumsmedizin	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Bauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000

Appendix Anlage 2 b) Mukoviszidose

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- Weitere spezifische Leistungen (bislang nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

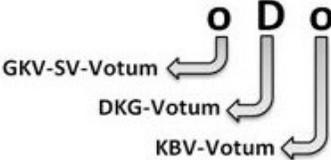
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Banken nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Appendix Anlage 2 c) Hämophilie

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

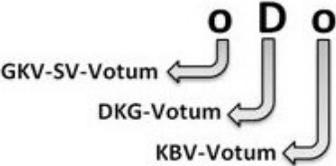
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Banken nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Appendix Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

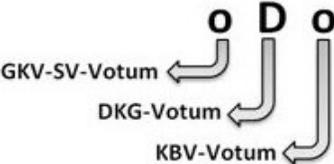
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Appendix Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 – Sarkoidose

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

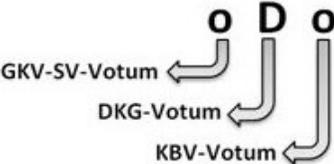
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Bänke nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Appendix Anlage 2 h) Morbus Wilson Stand: 08.01.2025

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

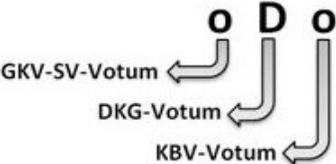
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Banken nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Appendix Anlage 2 k) Marfan-Syndrom

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

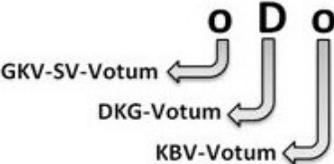
Legende

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Banken nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	000	000	000	000	GDK	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000

Appendix Anlage 2 I) Pulmonale Hypertonie

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

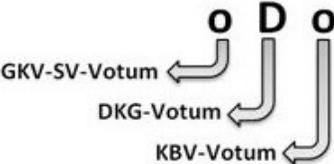
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Appendix Anlage 2 o) Ausgewählte seltene Lebererkrankungen

Stand: 17.02.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2023 (KBV: ggf. Einzelbeschlüsse mit aufführen)

- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührensordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

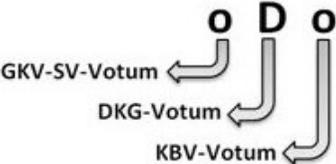
Legende

Die dreistellige Angabe (Bsp: oDo) in dem Tabellenblatt der jeweiligen Anlage ist das Ergebnis aller von den Banken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: o D o

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



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen gehören die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführten Weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
rote Schrift	=	Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Banken nach Entscheidung im Plenum entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) abgebildet.
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte												
						Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlicherpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Radiologie	Viszeralchirurgie		
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	34	34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante
spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Aktualisierung der ASV-RL

Stand: 18.02.2025

Legende:

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Gelb hinterlegte Textteile: Dissente Positionen

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

Vom 20. März 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	16
4.	Verfahrensablauf	16
5.	Fazit.....	18
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	18

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit diesem Beschluss werden vorwiegend Anpassungen der jeweiligen Anlagen der ASV-RL vorgenommen. [...]

Im Folgenden werden Anpassungen der Appendizes begründet, die den Behandlungsumfang ändern. Zudem wird auf weitere Anpassungen der ASV-RL eingegangen, die im Rahmen dieser Aktualisierung vorgenommen wurden.

Die im Laufe des Jahres eingegangenen, zahlreichen Hinweise aus der Versorgungspraxis (beispielsweise von Berufsverbänden oder Leistungserbringern) zur ASV-RL wurden im Rahmen dieses Beschlusses teilweise aufgegriffen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

2.1 Anpassung in § 4a und § 5

Dem Beschluss des G-BA vom 17. Oktober 2024 zur Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) folgend wurde § 5 und in Folge auch § 4a angepasst.

2.2 Anpassungen in § 5a und § 5b

Aufgrund der Covid-19-Pandemie war die Möglichkeit der ärztlichen telefonischen Beratung neu eingeführt worden mit Befristung auf den 31. März 2022. Vor diesem Hintergrund wird § 5a nunmehr komplett gestrichen. An seine Stelle tritt ein neuer § 5a, der wie die Anpassungen in § 4a und § 5 auf dem Umstrukturierungsbeschluss des G-BA vom 17.10.2024 beruht und das Außerkrafttreten der Appendizes regelt.

2.3 Anpassung in § 15

<p>PatV</p> <p>§ 15 Satz 1 der ASV-Richtlinie regelt die zu dokumentierende Patienteninformation über Versorgungsform, interdisziplinäres Team und Leistungsspektrum bei Erstkontakt. Die Ergebnisse der Innovationsfondsprojekte „Generelle, alle ASV-Indikationen übergreifende Evaluation und Weiterentwicklung der ASV-RL (GOAL)“ sowie „Stand und Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich „Urologische Tumore“ (ASV-WE)“ belegen erhebliche Defizite im Wissen und Verständnis</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
---	--

der in der ASV behandelten Patientinnen und Patienten über die Versorgungsform. Diese Ergebnisse decken sich mit Rückmeldungen aus der Beratungstätigkeit der indikationsspezifischen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. Durch die Ergänzung in Satz 1 „in mündlicher sowie schriftlicher Form“ soll dem Informationsdefizit begegnet und die formulierte Notwendigkeit der Patientenaufklärung erfüllt werden.

Im Einzelnen zeigt die Erhebung des GOAL-Projekts, dass fast die Hälfte (45 %) der befragten ASV-Patientinnen und Patienten nicht weiß, dass sie im Rahmen der ASV versorgt werden, 7 % gaben fälschlicherweise an, nicht in der ASV zu sein. Gleichzeitig sind 22 % der Patientinnen und Patienten der Regelversorgung der Auffassung, in der ASV betreut zu werden, während 61 % keine klare Zuordnung vornehmen können. Das Projekt ASV-WE bestätigt diese Defizite für den Bereich „Urologische Tumore“. Auch hier zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten die Versorgungsform ASV oft nicht kennen oder mit anderen Versorgungsansätzen verwechseln, etwa der regulären fachärztlichen Versorgung. Gemäß der Autoren werden Patientinnen und Patienten möglicherweise ohne ihr ausdrückliches Wissen in die ASV eingeschlossen. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Informationen zur Versorgungsform trotz Aufklärungspflicht vielfach unzureichend kommuniziert werden und vielen Patientinnen und Patienten nicht bekannt sind.

Auch Rückmeldungen von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen zeigen Defizite in der Information von Patientinnen und Patienten zur ASV in unterschiedlichen Indikationen und Krankheitsbildern. Dies deutet darauf hin, dass die Informationslücken systematisch und nicht auf einzelne ASV-Teams oder Indikationen beschränkt sind.

Eine schriftliche Information ermöglicht es den Patientinnen und Patienten, die Besonderheiten der ASV nachzuvollziehen und sich über die Versorgungsform zu informieren. Dies stärkt die Patientenautonomie, ermöglicht eine fundierte Entscheidung zur Inanspruchnahme der ASV und schafft ein besseres Verständnis für die Behandlungssituation.

2.4 Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Zu 2. Strahlendiagnostik und -therapie

In den Regelungen zur fachlichen Befähigung in der Strahlendiagnostik und -therapie wurde präzisiert, welche Fachärztinnen und Fachärzte jeweils die Anforderungen erfüllen, um die Leistungen in der ASV durchzuführen.

Zu 4. Kernspintomographie

Grundlage der Konkretisierung der Regelungen zur Kernspintomographie ist die entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V (QSV). Abweichungen der einzelnen Regelungen von den Inhalten der QSV beruhen auf den unterschiedlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vorgaben im vertragsärztlichen Versorgungsbereich und im Krankenhaussektor.

DKG	GKV-SV, KBV
In Anbetracht der grundsätzlich bereits geltenden sektorenspezifischen Maßnahmen zur Qualitätssicherung soll der bürokratische Aufwand der Qualitätsnachweise in der ASV auf ein sinnvolles Maß beschränkt werden.	<i>[keine Aufnahme]</i>

Eine Anzeige der Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen ist nur dann nach den Regelungen des Anhangs zu § 4a der ASV-RL erforderlich, wenn die allgemeinen und übergeordneten Tatbestände in § 4a Absatz 3 oder Absatz 4 der ASV-RL nicht zutreffen.

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung für die allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma:

Für Fachärztinnen und Fachärzte des Gebietes Radiologie gelten die Anforderungen für den Leistungsbereich Kernspintomographie als erfüllt. Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nennt für die Weiterbildung in diesem Gebiet eine Richtzahl von 3000 Magnetresonanztomographie (MRT) -Untersuchungen und setzt somit höhere Untersuchungszahlen als die zugrundeliegende QSV im niedergelassenen Bereich voraus. Zudem ist in der QSV zur Kernspintomographie geregelt, dass soweit die Weiterbildungsordnung in einem Fachgebiet für eine Weiterbildung in der Kernspintomographie den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vorschreibt, die fachliche Qualifikation durch die Vorlage von entsprechenden Zeugnissen als erfüllt gilt. Dies kann neben dem Fachgebiet Radiologie auch auf andere Fachgebiete im Rahmen der Weiterbildung zutreffen sowie auf Fortbildungen inkl. Fachkunden, durch die Fachärztinnen und Fachärzten die besondere Expertise erwerben. Die Teilnahme an der ASV setzt auch für das Gebiet Radiologie eine Facharztqualifikation voraus, sodass im Einklang mit den Regelungen der QSV auf einen abermaligen Nachweis von durchgeführten Untersuchungen verzichtet wird. Gleiches gilt für Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie oder mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie. Für den Erwerb dieser Schwerpunktbezeichnungen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie werden in der Musterweiterbildungsordnung zusätzlich 500 (Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie) bzw. 1500 (Schwerpunkt Neuroradiologie) weitere MRT-Untersuchungen als Richtzahl genannt. Auch diese Zahlen liegen über den 200 bzw. 1000 Untersuchungen, welche in der QSV gefordert werden.

Da diese zusätzlichen Qualifikationen auf der Facharzt-Weiterbildung Radiologie aufbauen und somit die grundlegenden Voraussetzungen zur Durchführung von MRT-Untersuchungen erfüllt sind, wird auf eine weitere Differenzierung nach Schwerpunktbezeichnungen an dieser Stelle verzichtet. Entsprechend qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte können grundsätzlich an der ASV teilnehmen, jedoch sind die o.g. Schwerpunktbezeichnungen keine verpflichtende personelle Anforderung in einer der derzeit vorliegenden Anlagen zur ASV-RL.

GKV-SV, KBV	DKG
Legt die Weiterbildungsordnung nicht ohnehin bereits eine mind. 24-monatige Tätigkeit (Teilzeittätigkeit wird entsprechend angerechnet) in der kernspintomographischen Diagnostik fest, wird diese zusätzlich zur Facharztqualifikation vorausgesetzt. Auf diese Zeit kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diagnostik angerechnet werden. Die Tätigkeitszeit kann demnach beispielsweise im Rahmen der Weiterbildung abgeleistet worden sein und stellt (unabhängig von den im Rahmen der Weiterbildung zu erbringenden Untersuchungszahlen)	<i>[keine Aufnahme]</i>

eine ausreichende Erfahrung in der Durchführung von MRT-Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sicher.	
--	--

Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma:

Die Anforderung an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma wurden grundsätzlich aus der QSV zur Kernspintomographie übernommen. Neben der Facharztbezeichnung Radiologie und der selbstständigen Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden, setzt dies auch die Erfüllung der Voraussetzung zur Ausführung von Leistungen der Röntgenmammographie und der Mammasonographie gem. § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Solange die Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen noch nicht in den Anhang zu § 4a der ASV-RL überführt wurden, gelten die Anforderungen der QSV im Rahmen der ASV gem. § 4a Abs. 1 ASV-RL entsprechend. Die Voraussetzungen gelten aber auch dann als erfüllt, sofern andere Tatbestände nach § 4a Abs. 3 Buchstabe b oder c oder Abs. 4 Buchstabe a oder b ASV-RL durch die ASV-Berechtigten erfüllt werden.

b) Anforderungen an die apparative Ausstattung:

Es wird vorausgesetzt, dass die ASV-Berechtigten, die kernspintomographische Untersuchungen durchführen, die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen an die Vorhaltung und Anwendung von MRT-Geräten einhalten.

DKG	GKV-SV, KBV
Dies trifft auch auf Leistungserbringer zu die Kernspintomographie-Untersuchungen durchführen, weshalb von der Festlegung zusätzlicher, ggf. auch ASV-spezifischer apparativer Anforderungen abgesehen wird.	[keine Aufnahme]

2.5 Anpassungen von Leistungen, die mehrere erkrankungsspezifische Regelungen betreffen

Appendizes Präambel

Aufgrund der Anpassungen infolge des Umstrukturierungsbeschlusses des G-BA vom 17.10.2024, der das bedingte Außerkrafttreten der Appendizes regelt, ergeben sich Änderungen in den Erläuterungen der Präambel zu Nr. 5 Appendizes. Auch wenn die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges weiterhin dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §5 Behandlungsumfang obliegt, wird der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V mit einem eigenen Beschluss die jeweils abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlagen dieser Richtlinie bestimmen.

Systematischer Einschluss der Beauftragung (GOP 34800) und Erbringung (GOP 34810, 34820 und 34821) telekonsiliarischer Befundbeurteilung.

Im Rahmen der Betreuung von Patientinnen und Patienten innerhalb der ASV kann die radiologische Beurteilung von bereits angefertigten Röntgen und/oder CT-Aufnahmen notwendig sein. Diese Leistung ist bereits im Appendix einiger Anlagen enthalten, wobei die Berücksichtigung nicht einheitlich ist. Hiermit wird eine Vereinheitlichung angestrebt, woraus sich teilweise eine Ergänzung, in anderen Fällen eine Streichung ergibt.

Aus diesem Grund wird die GOP 34800 für die Fachgruppe Radiologie in der 3. Ebene in den Appendizes aller Anlagen ergänzt. In allen Anlagen, in denen Röntgen- und/oder CT-Diagnostik

eine Rolle spielt und im jeweiligen Appendix aufgeführt ist, wird die GOP 34800 für die Fachgruppen des Kernteams und in einigen Fällen auch Fachgruppen in der 3. Ebene aufgenommen. Für Fachgruppen, denen bisher die GOP 34800 jedoch nicht die im EBM zu Grunde liegenden bildgebenden Leistungen zugeordnet sind, wird diese konsequenterweise nun nicht mehr aufgeführt. Die Bearbeitung des Auftrags und somit die telekonsiliarische Befundurteilung durch die Fachgruppe Radiologie ist über die GOP 34810, 34820 und 34821 abgebildet. Die Art der Umsetzung innerhalb der Anlagen variiert jedoch, sodass hiermit eine Vereinheitlichung angestrebt wird. Dementsprechend werden diese GOP für die Fachgruppe Radiologie in der 3. Ebene in den Appendizes all jenen Anlagen ergänzt, in denen Röntgen- und/oder CT-Diagnostik eine Rolle spielt und im jeweiligen Appendix aufgeführt ist.

<p>DKG, PatV</p> <p>Abbildung endoskopischer Untersuchungen der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes oder einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen</p> <p>Endoskopische Untersuchungen der Nase und der Nasennebenhöhlen können im Rahmen der Behandlung vieler Erkrankungen erforderlich sein und sind dementsprechend expliziter Bestandteil des Behandlungsumfangs mehrerer krankheitsspezifischer Anlagen der ASV-RL. Im EBM sind diese Untersuchungen in Grundpauschalen der Fachgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde enthalten, welche jedoch für Hinzuzuziehende Fachärzte nicht zugänglich sind. Vor diesem Hintergrund werden diese Untersuchungen in den Anlagen zu rheumatologischen Erkrankungen sowie in der Anlage zu Mukoviszidose als weitere spezifische Leistungen abgebildet, da in diesen Anlagen entsprechende endoskopische Untersuchungen aufgeführt werden und die Fachgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde unter den Hinzuzuziehenden genannt wird.</p>	<p>KBV, GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

<p>DKG</p> <p><u>Beteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin in Zusatz-Weiterbildung oder Schwerpunkt</u></p> <p>Im Rahmen vieler erkrankungsspezifischen Anlagen der ASV-RL können auch Kinder und Jugendliche behandelt werden. Hierfür ist zusätzlich eine Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen. Sofern möglich sollte es sich dabei um Fachärztinnen und Fachärzten mit einem entsprechenden Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung handeln. Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit dieser Fachärztinnen und Fachärzten bestehen, ist bereits jetzt die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne entsprechende Qualifikationen möglich, falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist und somit die Teambildung erschwert würde. Somit können sich Teams bilden in denen Fachärztinnen und Fachärzten mit Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung oder Fachärztinnen und Fachärzten ohne entsprechende Qualifikation beteiligt sind. Es sind jedoch aus</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

Situationen denkbar in denen sowohl erfahrene Fachärztinnen und Fachärzten mit als auch ohne entsprechende Qualifikation verfügbar sind. Um in diesen Fällen allen geeigneten Fachärztinnen und Fachärzten eine Teilnahme zu ermöglichen erfolgt eine Klarstellung unter den personellen Anforderungen.	
---	--

2.6 Anpassung einzelner erkrankungsspezifischer Regelungen

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

DKG, KBV, PatV <u>Atypische Tumormarker</u> Bei der Behandlung von Tumoren können Tumormarker von großem Wert zur serologischen Evaluation des Therapieansprechens sein. Aus diesem Grund ist die Bestimmung von tumorspezifischen Tumormarkern innerhalb der ASV bereits abgebildet. Im klinischen Alltag gibt es immer wieder Tumorerkrankungen, die anstatt eines für diese Tumorgruppe "typischen" Tumormarker einen atypischen Tumormarker exprimieren. Dies trifft beispielsweise für CA15-3 für das Pankreaskarzinom zu. Für diese seltenen Fälle existiert bisher im Rahmen der ASV-Behandlung keine Möglichkeit diese prinzipiell serologisch nachverfolgbare Erkrankung durch Bestimmung der entsprechenden Tumormarker im Verlauf der Erkrankung zu bestimmen. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme 32391 (CA15-3) im Appendix der Anlagen Tumoren des Gastrointestinaltrakts und des Bauchraums für die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin.	GKV-SV [keine Aufnahme]
--	-----------------------------------

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 676. Sitzung wurden die Gebührenordnungspositionen (GOP) 34720 und 34721 sowie die Kostenpauschale 40585 für die Indikationsstellung einer Therapie bei Prostatakarzinom mit dem Arzneimittel Pluvicto® mittels PSMA- PET; PET/CT in den EBM aufgenommen.

Da die bisherige Abschnitt 2 -Leistung „PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose und PSMA-Liganden) bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA“ inhaltsgleich ist, ist diese Untersuchung unter 2 Behandlungsumfang-Diagnostik zu verschieben. Die GOP finden sich im Appendix wieder.

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 4 Hauttumoren

Ein Immunoassay ist eine biochemische Testmethode, die [Antikörper](#) nutzt, um spezifische Moleküle, wie [Hormone](#) oder Proteine, in einer Probe nachzuweisen und zu quantifizieren. Die Labor-Diagnostik wurde daher um die GOP 32416 erweitert.

Zusätzlicher Aufwand

Kernpunkte einer onkologischen Versorgung wurden von Anfang an in der ASV mit Verweis auf die entsprechenden Leistungen gemäß der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patientinnen und Patienten (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-

Ärzte (BMV-Ä): „Onkologie-Vereinbarung“) berücksichtigt. So findet sich im Behandlungsumfang der ASV Hauttumoren auch der Verweis auf die Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung.

Da jedoch vereinzelt auch Patientinnen und Patienten mit den ICD-Diagnosen C82.- bis C86.- (kutane Lymphome, die keine soliden Tumore darstellen) behandelt werden, hat der G-BA die Leistung „Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“ im Behandlungsumfang ergänzt.

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p><u>Atypische Tumormarker</u> Bei der Behandlung von Tumoren können Tumormarker von großem Wert zur serologischen Evaluation des Therapieansprechens sein. Aus diesem Grund ist die Bestimmung von tumorspezifischen Tumormarkern innerhalb der ASV bereits abgebildet. Im klinischen Alltag gibt es immer wieder Tumorerkrankungen, die anstatt eines für diese Tumorgruppe "typischen" Tumormarker einen atypischen Tumormarker exprimieren. Dies trifft beispielsweise für CA19-9, CA125 und CA15-3 beim Lungenkarzinom zu. Für diese seltenen Fälle existiert bisher im Rahmen der ASV-Behandlung keine Möglichkeit diese prinzipiell serologisch nachverfolgbare Erkrankung durch Bestimmung der entsprechenden Tumormarker im Verlauf der Erkrankung zu bestimmen. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme der GOP 32392 (CA19-9), 32390 (CA125) sowie 32391 (CA15-3) für die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	--

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumore

Im Rahmen der Anlage zu Kopf- oder Halstumoren können auch Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Haut in diesem Bereich behandelt werden. Insbesondere bei inoperablen und fortgeschrittenen Tumoren erfolgt die Behandlung oft durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Für den Fall, dass das ASV-Team Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Kopf-Hals-Bereich betreut, wird die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten in das Kernteam verschoben.

<p>DKG</p> <p>Dieser „Wechsel“ der Fachärztinnen und Fachärzte für Haut und Geschlechtskrankheiten aus der Ebene der Hinzuzuziehenden in das Kernteam ist von den ASV-Teams spätestens zum xx.xx.xxxx zu vollziehen; die hierfür erforderlichen Änderungsanzeigen bei den</p>	<p>KBV</p> <p><u>Ergänzung der Hautärzte im Kernteam</u> Dermatologen können im Rahmen der Diagnosestellung und Therapie für Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Haut im Kopf-Hals-Bereich eine leitende Rolle einnehmen. Vor diesem Hintergrund und eingeschränkt auf diese Indikationen wird diese Fachgruppe, die bisher ausschließlich der Ebene der Hinzuzuziehenden</p>
--	--

erweiterten Landesausschüssen sind entsprechend rechtzeitig zu stellen. Solange die Fachärztinnen und Fachärzte für Haut und Geschlechtskrankheiten in der Ebene der Hinzuzuziehenden tätig sind – also längstens bis zum xx.xx.xxxx – richtet sich deren Behandlungsumfang nach dem Appendix „Kopf- oder Halstumore“ in der vor dem Inkrafttreten dieses Änderungsbeschlusses vom xx.xx.xxxx geltenden Fassung.	zugeordnet war, auch im Kernteam vorgesehen. Bei Erfordernis des „Wechsels“ der Fachärztinnen und Fachärzte aus der Ebene der Hinzuzuziehenden in das Kernteam in bestehenden Teams ist dieser von den ASV-Teams innerhalb einer im Beschluss angegebenen Übergangszeit bzw. Frist zu vollziehen; die hierfür erforderlichen Änderungsanzeigen bei den erweiterten Landesausschüssen sind entsprechend rechtzeitig zu stellen. Dem Appendix sind die jeweiligen Leistungen zu entnehmen, die die Fachgruppe durchführen kann, je nachdem, ob es sich um Kernteamleistungen handelt oder die Fachgruppe als Hinzuzuziehende agiert.
--	--

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

Der Kode C46.- Kaposi-Sarkom ist in der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (ABK-RL) in der Konkretisierung der Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung enthalten. Mit der Erarbeitung einer entsprechenden Anlage zur ASV-RL erfolgte auch eine Überarbeitung der Konkretisierung der Erkrankungen. Da es sich bei dem Kaposi-Sarkom um einen seltenen vaskulären Tumor handelt erfolgt die Aufnahme dieses Kodes in die Anlage zu Knochen- und Weichteiltumoren. Patientinnen und Patienten mit einer kutanen, nicht HIV-assoziierten Manifestation eines Kaposi-Sarkoms können bereits im Rahmen der Anlage zu Hauttumoren behandelt werden.

Unter 3.1 Personelle Anforderungen wurde unter c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte die zutreffende Arztbezeichnung

– Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

nach MWBO ergänzt.

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

DKG, PatV <u>Intravitreale Medikamenteneingabe</u> Die intravitreale Medikamenteneingabe ist eine gängige Therapie bei neovaskulärer (feuchter) altersabhängiger Makuladegeneration, diabetischem Makulaödem, retinalem oder Zentralvenenverschluss, chorioidaler Neovaskularisation, vitreomakulärer Traktion bei Erwachsenen, nicht infektiöser Entzündung des posterioren Augensegments sowie bei proliferativer diabetischer Retinopathie. Neben den entsprechenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß GOP 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373 sind im Kapitel 6 EBM auch für die Betreuung nach Injektion Leistungen definiert. Leistungen der Kapitel 31 und 36 EBM gehören regelhaft nicht zum Leistungsinhalt der ASV. Die in diesen Kapiteln aufgeführten Leistungen sind zudem an bestimmte Indikationen gebunden, die die intravitreale Medikamenteneingabe bei Augentumoren nicht einschließt. Daher hat der G-BA beschlossen, für die ASV Augentumoren eine entsprechende Abschnitt-2- Leistung aufzunehmen.	KBV, GKV-SV [keine Aufnahme]
--	--

Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene und Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche

<p>DKG, PatV</p> <p>Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32465 bis 32475, Isoenzyme der Alkalischen Phosphatase (AP)</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

<p>DKG, PatV</p> <p>Rheumatologische Erkrankungen gehen teilweise mit verminderten Messwerten des Laborparameters Alkalische Phosphatase einher (z.B. rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis). Im Falle erhöhter Werte, ist zur Differenzierung der Herkunft des Laborparameters die elektrophoretische Bestimmung des Isoenzym notwendig, da nur so Rückschlüsse auf das betroffene Organsystem möglich sind und weitere diagnostische oder therapeutische Schritte folgen können. Um dies zu ermöglichen, wird die GOP 32469 für die Laboratoriumsmedizin der Anlagen Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene sowie Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche aufgenommen.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

<p>DKG, PatV</p> <p>Eine im Erwachsenenalter einsetzende Dermatomyositis ist insbesondere in den ersten drei Jahren nach Erkrankungsbeginn mit einem erhöhten Tumorrisiko assoziiert. Während ein regelhaftes Screening aller Patientinnen und Patienten mit Dermatomyositis auf Tumore nicht erforderlich ist, so empfehlen Leitlinien den Einsatz eines PET/PET-CT zur Tumorsuche bei einem Alter über 40 Jahren bei Symptombeginn und dem Vorliegen weiterer serologischer und</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Eine im Erwachsenenalter einsetzende Dermatomyositis ist insbesondere mit einem erhöhten Tumorrisiko (insbesondere besteht das Risiko für Ovarial-, Zervix-, Brust-, Darm- und Lungenkrebs [Hill 2001], [Stockton 20019) assoziiert. Das Screening der Patientinnen und Patienten mit Dermatomyositis sollte risikoabhängig erfolgen [IMACS 2023]. Dabei empfiehlt die aktuelle IMACS 2023-Leitlinie den einmaligen Einsatz eines PET/PET-CT zur Tumorsuche bei einem Alter über 40 Jahren bei Symptombeginn nach Dermatomyositis-Diagnose und dem Vorliegen weiterer serologischer und klinischer Risikofaktoren (Hochrisikokonstellation) insofern andere klinische und weitere diagnostische Verfahren der Tumordiagnostik nicht zu einem Tumorbefund geführt haben. Die initiale Nutzung der PET/PET-CT ist nicht erforderlich da andere klinische und diagnostische Verfahren bereits zur Verfügung stehen, die</p>	<p>KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--	--

<p>klinischer Risikofaktoren. Neben dem Vorliegen einer anti-TIF1γ-oder NXP2- Antikörper-positiven Dermatomyositis stellen insbesondere therapierefraktäre Dysphagien sowie eine unter autoimmunsuppressiver Therapie anhaltende hohe Krankheitsaktivität (beispielsweise in Form von kutanen Nekrosen und/oder Ulzerationen) Hochrisikofaktoren dar.</p>	<p>gleichwertige diagnostische Ergebnisse erwarten lassen. Nur wenn diese keinen Tumorbefunden ergeben, kann, bei Vorliegen einer Hochrisikokonstellation, der zusätzliche Einsatz der PET/PET-CT erfolgen. Die klinischen und diagnostischen Verfahren zur Tumordiagnostik in der Hochrisikogruppe können, mit Ausnahme der PET/PET-CT, auch wiederholt, insbesondere für einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren nach Dermatomyositis-Diagnose eingesetzt werden [Oldroyd 2019]. Neben dem Vorliegen einer anti-TIF1γ-oder NXP2- Antikörper-positiven Dermatomyositis stellen insbesondere therapierefraktäre Dysphagien sowie eine unter autoimmunsuppressiver Therapie anhaltende hohe Krankheitsaktivität (beispielsweise in Form von kutanen Nekrosen und/oder Ulzerationen) Hochrisikofaktoren dar.</p>	
---	---	--

<p>DKG, PatV [prüfen]</p> <p>Die Anlage umfasst zudem auch die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose. In 10-30% der Fälle kommt es dabei zu einer kardialen Beteiligung, die weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich machen können. Vor diesem Hintergrund werden die bereits in der krankheitsspezifischen Anlage 2e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Sarkoidose enthaltenen PET/PET-CT Untersuchungen auch in der Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene ergänzt.</p>	<p>GKV-SV, KBV [keine Aufnahme]</p>
--	--

Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Ergänzung Teilnahme von Gastroenterologen ohne Schwerpunktbezeichnung

In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (z.B. Fachärztin bzw. Facharzt mit Schwerpunkt) abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen und Ärzten, die in dem entsprechenden Fachgebiet schon länger tätig sind, aber naturgemäß die neu eingeführte Spezialisierung als Ausbildungsinhalt nicht erworben haben können, diese Leistungen weiter zu erbringen. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Absatz 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne spezialisierte Facharztkompetenz (Schwerpunkt) unter bestimmten Bedingungen ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen erhalten. Auch für andere Facharztgruppen können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Genehmigungen zur

Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen bei entsprechenden Nachweisen erteilt werden.

Insbesondere erfahrene gastroenterologisch tätige internistische Ärztinnen bzw. Ärzte, denen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Zulassung und Genehmigung zur Erbringung gastroenterologischer Leistungen erteilt wurde, die aber keine Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sind, würden ohne diese Regelung von der Teilnahme an der ASV ausgeschlossen werden. Diese Sonderregelung wurde für Fachärztinnen bzw. Fachärzte des Kernteams getroffen. Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen bzw. Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Deshalb soll die Expertise der o.g. erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die die Genehmigung bis zum 31. Dezember 2015 erhalten haben, mit in die ASV-Behandlung einfließen können. Für die Zukunft wird zur Teilnahme an der ASV der jeweilige Schwerpunkt gefordert. Diese Sonderregelung ist bereits in der ASV-Anlage 1.1 a Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle aufgeführt.

Streichung Abschnitt 2- Leistung Chromoendoskopie/Weißlichtendoskopie

Da die Leistung „Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskoloskopie“ durch Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses bereits in den Bereich VII EBM aufgenommen wurde, ist die Leistung an dieser Stelle zu streichen.

Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose

<p>DKG, KBV</p> <p>Mit diesem Beschluss erfolgt die ergänzende Zuordnung der GOP 35600 Testverfahren zu den Neurologen im Kernteam, die diese Testverfahren häufig anwenden. Bisher war die Leistung nur den psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen in der dritten Ebene zugeordnet.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
<p>DKG, PatV</p> <p>Die Konzentration des Neurofilamentes bei Multipler Sklerose korreliert mit der Krankheitsaktivität und kann zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes genutzt werden. Vor diesem Hintergrund wird die GOP 32405 zu dessen Bestimmung der Fachgruppe Labormedizin zugeordnet.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
<p>PatV, DKG</p> <p>Weitere spezifische Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Optische Kohärenz-Tomographie (OCT) 	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

Anlage 2 b) Mukoviszidose

<p>DKG, PatV</p> <p><u>Transglutaminase-Antikörper (GOP 32505)</u></p> <p>Mukoviszidose kann im Rahmen der Manifestation an der Bauchspeicheldrüse zu gastrointestinalen Symptomen führen. Im Rahmen der Abklärung ist die Abgrenzung von anderen den Beschwerden zu Grunde liegenden Ursachen notwendig. Dabei kann der Transglutaminase-Antikörper einen Hinweis für eine Zöliakie darstellen. Um die Bestimmung innerhalb der ASV zu ermöglichen, wird die GOP 32505 in den Appendix aufgenommen.</p> <p><u>Behandlung von Patienten nach Lungen- oder Herz-Lungen-transplantation (GOP 04537 bzw. 13677)</u></p> <p>Im Rahmen besonders schwerer Krankheitsverläufe der Mukoviszidose, kann eine Lungentransplantation angezeigt sein. Da über die Manifestation an der Lunge auch andere Organsysteme von der Erkrankung betroffen sein können (z.B. Pankreas mit gastrointestinalen und endokrinologischen Folgen), erfolgt in Abhängigkeit des individuellen Verlaufes eine Fortsetzung der Betreuung innerhalb der ASV auch über die Transplantation hinaus. Zur Abbildung des besonderen Aufwandes der Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers steht als Zusatzpauschale die GOP 04537 für die Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie bzw. die GOP 13677 für Innere Medizin und Pneumologie im EBM zur Verfügung. Diese werden in den Appendix der Anlage Mukoviszidose aufgenommen.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion (GOP 04580 und 13350)

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p><u>und Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM (GOP 04590 und 13360)</u></p> <p>Diagnostik und Therapie von Manifestationen der Mukoviszidose umfassen unter anderem die Untersuchungen von Hormondrüsen, wie beispielsweise der Bauchspeicheldrüse. Bei einer Insuffizienz der Bauchspeicheldrüse kann es unter anderem zu einer Insulinpflichtigkeit kommen. Dabei kommen routinemäßig Real-Time-Messgeräte zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) zum Einsatz, die der Patient oder die Patientin nach Schulung selbst anwenden und die Therapie steuern kann. Um diese Leistungen im Rahmen der ASV Anlage Mukoviszidose zu ermöglichen, werden die GOP 13350 und 13360 für Erwachsene sowie die GOP 04580 und 04590 für Kinder und Jugendliche im Appendix ergänzt.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	---

Schweißtest im Erwachsenenalter

<p>DKG, PatV</p> <p>Schweißtest durchgeführt durch die Fachgruppe Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>Der Schweißtest weist eine hohe Sensitivität und Spezifität für die Diagnose der Mukoviszidose auf und nimmt einen hohen Stellenwert im Rahmen der Diagnosestellung ein, der auch in der aktuellen Leitlinie zur Diagnose der Mukoviszidose dargelegt wird¹. Aufgrund der hohen klinischen Variabilität der Symptome der Mukoviszidose ist laut Leitlinie der Nachweis einer CFTR-Funktionsstörung für die Diagnosestellung unabdingbar, welcher mittels Schweißtest erfolgen kann. Zwar wird die Diagnose meist im Kindes- oder Jugendalter gestellt. Ein gewisser Anteil der Patienten wird jedoch erst im Erwachsenenalter aufgrund chronisch sinu-pulmonaler Erkrankungen, männlicher Subfertilität oder chronischer Pankreatitis bei exokriner Pankreassuffizienz als möglicher Mukoviszidose-Patient erkannt. Da im Rahmen der Anlage zur Mukoviszidose auch eine Überweisung aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen kann, ist die Bestätigung bzw. der Ausschluss einer Mukoviszidose bei diesen Patientinnen und Patienten auch im Rahmen der ASV möglich. Darüber hinaus wird der Schweißtest sowohl bei</p>	<p>KBV, GKV-SV</p> <p>Bei Vorliegen einer oder mehrerer klinischer Hinweise bei Erwachsenen und dringendem V.a. eine Mukoviszidose kann die Diagnostik auf Mukoviszidose einen Schweißtest enthalten. Dabei können insbesondere folgende klinischen Hinweise wegweisend sein: Chronische sinopulmonale Erkrankungen, charakterisiert durch Chronischen (> 3 Mon) Husten und/oder Sputumproduktion und/oder pfeifendes Atemgeräusch und/oder Trommelschlegelfinger, Pankreas-, akut rezidivierende und/oder chronische Pankreatitis, distal intestinales Obstruktionssyndrom, Chronische Lebererkrankung, insbesondere bei klinischem oder histologischem Nachweis einer fokal biliären oder multilobulären Zirrhose und/oder portaler Hypertension, Cholelithiasis ohne hämatologische Erkrankung, Dystropher Ernährungsstatus, Hypoproteinämie und Ödeme, Komplikationen aufgrund eines Mangels an fettlöslichen Vitaminen und/oder Zink. Genitale Erkrankungen mit obstruktiver Azoospermie. Im EBM ist die Durchführung des hierfür erforderlichen Schweißtest jedoch auf die Fachgruppe der Kinder- und Jugendmediziner mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie beschränkt. Um in diesen Fällen auch der Fachgruppe für Innere Medizin und Pneumologie die Durchführung des Schweißtest zu ermöglichen, wird dieser im Behandlungsumfang ergänzt.</p>		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="612 1274 869 1957"> <p>KBV</p> <p>Bei klinischem Zweifel am Ansprechen einer Therapie mittels CFTR-Modulatoren kann der Schweißtest zu mehr Klarheit führen und die Fortsetzung der Therapie befründen. Bei Bedarf kann daher eine Testung einmal jährlich sinnvoll sein.</p> </td> <td data-bbox="869 1274 1382 1957"> <p>GKV-SV</p> <p>Vor Einleitung einer Therapie mit CFTR-Modulatoren ist der Nachweis einer entsprechenden Mutation erforderlich. Dennoch gilt ein gewisser Anteil der Patienten – trotz Nachweis einer nach aktuellem Kenntnisstand therapierbaren Mutation – als Non-Responder. Daher ist eine kritische Beurteilung der Therapieeffektivität unerlässlich.</p> <p>Im Vordergrund stehen klinische Parameter wie FEV1, BMI, Infekthäufigkeit und Lebensqualität. In unklaren Fällen (z.</p> </td> </tr> </table>	<p>KBV</p> <p>Bei klinischem Zweifel am Ansprechen einer Therapie mittels CFTR-Modulatoren kann der Schweißtest zu mehr Klarheit führen und die Fortsetzung der Therapie befründen. Bei Bedarf kann daher eine Testung einmal jährlich sinnvoll sein.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Vor Einleitung einer Therapie mit CFTR-Modulatoren ist der Nachweis einer entsprechenden Mutation erforderlich. Dennoch gilt ein gewisser Anteil der Patienten – trotz Nachweis einer nach aktuellem Kenntnisstand therapierbaren Mutation – als Non-Responder. Daher ist eine kritische Beurteilung der Therapieeffektivität unerlässlich.</p> <p>Im Vordergrund stehen klinische Parameter wie FEV1, BMI, Infekthäufigkeit und Lebensqualität. In unklaren Fällen (z.</p>
<p>KBV</p> <p>Bei klinischem Zweifel am Ansprechen einer Therapie mittels CFTR-Modulatoren kann der Schweißtest zu mehr Klarheit führen und die Fortsetzung der Therapie befründen. Bei Bedarf kann daher eine Testung einmal jährlich sinnvoll sein.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Vor Einleitung einer Therapie mit CFTR-Modulatoren ist der Nachweis einer entsprechenden Mutation erforderlich. Dennoch gilt ein gewisser Anteil der Patienten – trotz Nachweis einer nach aktuellem Kenntnisstand therapierbaren Mutation – als Non-Responder. Daher ist eine kritische Beurteilung der Therapieeffektivität unerlässlich.</p> <p>Im Vordergrund stehen klinische Parameter wie FEV1, BMI, Infekthäufigkeit und Lebensqualität. In unklaren Fällen (z.</p>		

¹ [026-023l S2k Diagnose der Mukoviszidose 2023-11.pdf](#)

<p>Kindern und Jugendlichen als auch Erwachsenen genutzt, um das Ansprechen einer Therapie mittels CFTR-Modulatoren zu beurteilen. Im EBM ist Durchführung des hierfür erforderlichen Schweißtest jedoch auf die Fachgruppe der Kinder- und Jugendmediziner mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie beschränkt. Um in diesen Fällen auch der Fachgruppe für Innere Medizin und Pneumologie die Durchführung des Schweißtest zu ermöglichen, wird dieser im Behandlungsumfang ergänzt.</p>		<p>B. bei ausbleibender Besserung) kann der Schweißtest als ergänzendes Hilfsmittel- in Kombination mit den üblichen klinischen Parametern dienen, um die Therapieeffektivität zu evaluieren.</p> <p>Der Schweißtest ist zur Diagnose von Mukoviszidose gut etabliert und wird auch in den aktuellen Leitlinien empfohlen. Allerdings liegt keine ausreichende Evidenz vor, die den Schweißtest als geeignetes Mittel für das regelmäßige Therapiemonitoring unterstützt. Vor diesem Hintergrund wird der Schweißtest nur einmalig vor Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie vorgesehen.</p>
--	--	---

Anlage 2 c) Hämophilie

Zur Behandlung einer schweren Hämophilie A ist das Gentherapeutikums Valoctocogen Roxaparvec zugelassen. Dabei handelt es sich um ein Arzneimittel für neuartige Therapien nach dem Arzneimittelgesetz, sogenannte Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP). Um die Infusion und die sich anschließende Nachbeobachtung im EBM abzubilden, wurden drei neue GOP (30320-20323) im EBM eingeführt. Diese neuen, bisher nicht im Rahmen der ASV abrechenbaren Leistungen, werden nun in den Appendix der Anlage Hämophilie für die gemäß ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie vorgesehenen Fachgruppen aufgenommen.

<p>DKG, PatV</p> <p>Für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Hämophilie innerhalb der ASV ist unter anderem auch die Berücksichtigung von möglichen Komorbiditäten geboten. Im Falle eines Diabetes mellitus stellt HbA1c einen wegweisenden Biomarker dar. Aus diesem Grund wird die GOP 32094 zur Abbildung der quantitativen Bestimmung von HbA1c ergänzt. Darüber hinaus ist im Rahmen der Therapie mit Etranacogen dezaparvec, das zur Behandlung der Hämophilie B zum Einsatz kommt, aufgrund hepatotoxischer Nebenwirkungen eine regelmäßige Überwachung der Leberfunktion angezeigt. Gemäß Fachinformation umfasst dies bei Patienten mit vorbestehenden Risikofaktoren für ein hepatozelluläres Karzinom (wie z. B. Leberfibrose, Hepatitis-C- oder -B-Erkrankung, nichtalkoholische Fettlebererkrankung) unter anderem die regelmäßige Untersuchung auf erhöhte Alpha-Fetoprotein-Werte (AFP). Aus diesem Grund wird die GOP 32350 für die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin ergänzt.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen

<p>DKG, PatV</p> <p>GOP 32508, 32381, 32092, 32378 begründen, Im Rahmen der Anlage zu neuromuskulären Erkrankungen können auch Patienten mit einer inflammatorischen Neuropathie oder Myositis behandelt werden, die auch infolge einer Sarkoidose auftreten können. Zur Klärung der Ursache dienen unter anderem die Laborparameter löslicher Interleukin 2-Rezeptor und Neopterin sodass die korrespondierenden GOP 32381 und 32378 ergänzt werden. Des Weiteren kann bei Patientinnen und Patienten mit einer okulären Myasthenie die Abklärung einer endokrinen Orbithopathie erforderlich sein. TSH-Rezeptor-Antikörper dienen in diesem Zusammenhang der Ursachenklärung, sodass die GOP 32508 ebenfalls ergänzt wird. Darüber hinaus erfolgt neben der Aufnahme der GOP 32097 auch die Aufnahme der GOPen 32416 zur Bestimmung des Troponin T mittels Immunoassay sowie die GOP 3202 zur Bestimmung der CK-MB. Diese Parameter dienen ebenfalls der Beurteilung einer kardialen Beteiligung bei Polymyositis oder myotonen Dystrophien.</p>	<p>GKV-SV, KBV</p> <p>[prüfen]</p>
---	---

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am 24. September 2024 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 25. September 2024 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Termin	Gremium	Themen
11. November 2015	UA ASV	Beauftragung der AG mit der jährlichen Aktualisierung (der Appendizes)
24. September 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024, Beratungen zur Ergänzung der leistungsspezifischen QS-Anforderungen: Kernspintomographie
25. September 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024

16. Oktober 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024, Beratungen zur Ergänzung der leistungsspezifischen QS-Anforderungen: Kernspintomographie
22. Oktober 2024	AG ASV	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024, Beratungen zur Ergänzung der leistungsspezifischen QS-Anforderungen: Kernspintomographie
30. Oktober 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024, Beratungen zur Ergänzung der leistungsspezifischen QS-Anforderungen: Kernspintomographie
31. Oktober 2024	AG ASV	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
20. November 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024, Beratungen zur Ergänzung der leistungsspezifischen QS-Anforderungen: Kernspintomographie
26. November 2024	AG ASV	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
11. Dezember 2024	AG ASV-RL Appendix	Finale Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024, Beratungen zur Ergänzung der leistungsspezifischen QS-Anforderungen: Kernspintomographie
12. Dezember 2024	AG ASV	Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe zur Aktualisierung der ASV-RL 2024,
15. Januar 2025	AG ASV	Finale Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024 Beratung des Beschlusentwurfs und der Tragenden Gründe
12. Februar 2025	UA ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
27. März 2025	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
09. April 2025	UA ASV	Auswertung Stellungnahmeverfahren zur Aktualisierung der ASV-RL 2024
15. Mai 2025	Plenum	Beschlussfassung zur Aktualisierung der ASV-RL 2024

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des G-BA über die jährliche Anpassung der Appendizes an den aktualisierten EBM und weitere Änderungen der ASV-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom 12. Februar 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am XX. Februar 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am XX. März 2025.

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit verzichteten auf ihr Stellungnahmerecht. Die eingereichten Rückmeldungen befinden sich in **Anlage 4**.

5. Fazit

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 15. Mai 2025 beschlossen, die ASV-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zur jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktualisierten EBM sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 3: Rückmeldungen der Stellungnahmeberechtigten Organisationen

Berlin, den 15. Mai 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Übersichtsdokument



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zur Aktualisierung und Anpassung der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 116b SGB V

Stand: 18.02.2025

im Vergleich zur derzeit geltenden Fassung der ASV-RL.

Legende:

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

Blaue Schrift: Ergänzungen

~~Durchgestrichen:~~ Streichungen

~~Durchgestrichen~~ **Rote Schrift:** Änderungen gemäß Beschluss vom 17.10.2024 (Umstrukturierung Appendizes). Der Beschluss ist noch nicht in Kraft.

Lila Schrift: Änderungen, die aus den Beschlüssen zur Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung und zur Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation, die im Plenum am 19.12.2024 beschlossen wurden, resultieren. Die Beschlüsse sind noch nicht in Kraft.

Inhalt

§ 1	Rechtsgrundlage und Geltungsbereich	4
§ 2	Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)	4
§ 3	Personelle Anforderungen	5
§ 4	Sächliche und organisatorische Anforderungen	7
§ 4a	Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen	7
§ 5	Behandlungsumfang	9
§ 5a	Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie	10
§ 5b	§ 5a Außerkräfttreten der Appendizes	11
§ 6	Studienteilnahme	11
§ 7	Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen	11
§ 8	Überweisungen	11
§ 9	Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung	12
§ 10	Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V	12
§ 11	Mindestmengen	13
§ 12	Qualitätssicherung	13
§ 13	Evaluation	13
§ 14	Dokumentation	13
§ 15	Patienteninformation	14
§ 16	Jährliche ICD-10-GM-Anpassung	14
	Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen	15
Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen		20
a)	onkologische Erkrankungen	21
	Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	21
	Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	30
	Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	43
	Tumorgruppe 4: Hauttumoren	52
	Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	60
	Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	68
	Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	78
	Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	86
	Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	94
	Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	102
b)	rheumatologische Erkrankungen	110
	Teil 1: Erwachsene	110
	Teil 2: Kinder und Jugendliche	118
c)	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	123

**Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
129**

- a) Multiple Sklerose..... 130
- b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) 135

**Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen
Fallzahlen 139**

- a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose 140
- b) Mukoviszidose 145
- c) Hämophilie 151
- d) neuromuskuläre Erkrankungen 157
- e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen 163
- Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose 163
- f) biliäre Zirrhose [unbesetzt] 168
- g) primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt] 169
- h) Morbus Wilson 170
- k) Marfan-Syndrom 174
- l) pulmonale Hypertonie 179
- n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und
von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener
Stammzelltransplantation 184
- o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen 191

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen196

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

- (1) 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.
- (2) ¹Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben a und b SGB V in Anlage 1.1, schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben c bis i SGB V in Anlage 1.2, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V in Anlage 2 und hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V in Anlage 3.
- (3) ²In den Anlagen werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfordernis geregelt. ³Für 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.
- (4) Das Verfahren zur Ergänzung des Kataloges gemäß § 116b Absatz 5 SGB V richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (5) 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.
- (6) Die Bestimmungen der §§ 2 bis 15 gelten, soweit in den Anlagen keine abweichende Regelung getroffen ist.

§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

- (1) ¹Die 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). ²Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln. ³Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt ASV-Berechtigter im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.
- (2) ¹Die Leistungserbringer haben die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. ²Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen ggf. erforderlich sind. ³Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 bis 4a kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ihre Teilnahme an der ASV anzeigen. ⁴Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind namentlich zu benennen. ⁵Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und

Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend. ⁶Berechtigte Leistungserbringer haben bei der Meldung ihrer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 namentlich zu benennen. ⁷Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

(3) ¹Die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung. ²Das Ausscheiden ist dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. ³Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams nach § 3 ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. ⁴Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten ein neues Mitglied gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V zu benennen. ⁵Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. ⁶Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V unmittelbar mit Ablauf der sechs Monate für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams nicht mehr vor; die Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen.

(4) ¹Zwischen den Mitgliedern des Kernteams gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie besteht für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer ASV-Patientin bzw. eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis. ²Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag).

(5) ¹Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus ist hinsichtlich der in den Anlagen 1.1, 1.2 und 2 genannten Diagnosen zulässig, bei denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf. ²Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen nur in dem Fachgebiet bzw. Schwerpunkt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

§ 3 Personelle Anforderungen

(1) ¹Die 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. ²Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

(2) ¹Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. ²Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. ³Die Mitglieder des Kernteams sind

Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. ⁴Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. ⁵An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen. ⁶Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

⁷Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. ⁸Ihr Tätigkeitsort für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

(3) ¹Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt. ²Die 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. ³In den indikationsspezifischen Anlagen kann geregelt werden, dass neben den Fachärztinnen und Fachärzten mit spezialisierter Facharztkompetenz auch Fachärztinnen und Fachärzte, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung in dem entsprechenden Fachgebiet seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, zur Teilnahme an der ASV berechtigt sind.

(4) ¹Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus). ²Eine 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. ³Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. ⁴Ärztinnen 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 (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen nach Satz 1 dürfen sie nicht erbringen.

(5) ¹Die 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. ²Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gilt: Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt.

§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen

(1) ¹Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden in den Anlagen geregelt. ²Soweit 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. ³Sofern eine Intensivstation, Notfalllabor oder 24-Stunden-Notfallversorgung vorzuhalten sind, müssen diese in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. ⁴Der Einbezug weiterer Berufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen und erfolgt auf Verordnung. ⁵Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung dieser Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.

(2) ¹Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt. ²Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. ³Barrierefreiheit ist anzustreben.

§ 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

(1) ¹In der ASV gelten für ASV-Berechtigte gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 leistungsspezifische Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung. ²Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind im Anhang zu § 4a leistungsbezogen auf Grundlage der für die ASV relevanten QS-Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V festgelegt und können personelle, sächliche und organisatorische Anforderungen umfassen. ³Übergeordnete allgemeine Tatbestände zur Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen sind in den Absätzen 3 und 4 geregelt. ⁴Sollte für eine Leistung eine leistungsspezifische Qualitätsanforderung noch nicht festgelegt sein, gelten die für diese Leistung relevanten QS-Anforderungen aus den Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde. ⁵Leistungen mit spezifischen Qualitätsanforderungen sind nur von Ärztinnen und Ärzten auszuführen, die über die jeweilige Qualifikation verfügen. § 3 Absatz 4 Satz 4 bleibt unberührt.

(2) ¹Die Erfüllung der jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen ist als Teilnahmevoraussetzung im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach § 2 Absatz 2 Satz 1 anzuzeigen. ²Die jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind auf Grundlage des jeweiligen Behandlungsumfangs und der Appendizes nach § 5 Absatz 1 Satz 1 bis 3 zu bestimmen. ³Die Teilnahmevoraussetzung gilt im Hinblick auf diese Leistung für das ASV-Team als erfüllt, wenn sie für mindestens eine Ärztin oder einen Arzt des ASV-Teams angezeigt wurde. ⁴Bei institutioneller Benennung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 5 kann die Erfüllung der Anforderungen institutionell angezeigt werden.

(3) Für ASV-Berechtigte nach § 2 Absatz 1 Satz 1 gelten die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei namentlicher Benennung für das ASV-Team als erfüllt, wenn

- a) die jeweiligen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen des Anhangs zu § 4a durch den ASV-Berechtigten erfüllt werden

oder

b) dem ASV-Berechtigten für die jeweilige Leistung eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2 SGB V erteilt wurde

oder

c) der ASV-Berechtigte über eine Befugnis zur Weiterbildung für eine in der jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderung im Anhang zu § 4a benannte Facharztbezeichnung, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung verfügt und die jeweilige Leistung beziehungsweise Leistungen des Leistungsbereiches von dem ASV-Berechtigten erbracht werden

oder

d) der ASV-Berechtigte die im leistungsspezifischen Anhang benannte Leistung in einer Einrichtung erbringt, welche die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt.

(4) Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte gelten die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei einer institutionellen Benennung nach § 2 Absatz 2 Satz 5 als erfüllt, wenn es sich bei der ~~benennenden~~ **benannten** Institution

a) um eine zugelassene Weiterbildungsstätte für ein Fachgebiet, eine Zusatz-Weiterbildung oder einen Schwerpunkt handelt, das den jeweiligen Leistungsbereich oder die jeweilige ASV-Leistung umfasst,

oder

b) um eine fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit handelt, in der der jeweilige Leistungsbereich oder die jeweilige ASV-Leistung erbracht wird,

oder

c) um ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) handelt, in dem die im leistungsspezifischen Anhang benannte Leistung erbracht wird.

(5) Auf Leistungserbringer, die bis zum 1. März 2024 die Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss bereits angezeigt haben, finden die Regelungen nach § 4a erst im Rahmen etwaiger Prüfungen nach § 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V Anwendung.

§ 5 Behandlungsumfang

(1) ¹Die Behandlung in der ASV umfasst Leistungen, die für eine indikationsspezifische medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig sind; der Behandlungsumfang wird in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie unter Nummer 2 im Behandlungsumfang bestimmt. ²Die Leistungen gemäß Satz 1, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie in einem Appendix bis zu dessen Außerkrafttreten nach ~~§ 5b~~ § 5a abschließend konkretisiert. ³Das gilt ebenfalls bei späteren Anpassungen des Behandlungsumfanges, wobei sich der Appendix der anzupassenden Anlage auch ausschließlich auf einzelne Leistungen beschränken kann. ⁴Die Bestimmung des Behandlungsumfanges nach Satz 1 bleibt vom Außerkrafttreten des Appendix unberührt. ⁵Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. ⁶Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser **abweichend von den Sätzen 1 und 2 auch über die in den Anlagen aufgeführten Leistungen** hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. ⁷Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

(2) ¹Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfanges 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. ²Für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den Anlagen aufgeführt.

(3) ¹Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V in Papierform. ²Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren. ³Für die Voraussetzungen des Anspruchs der Patientin oder des Patienten auf Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des Medikationsplans, für Inhalt und Form des Medikationsplans sowie etwaige Informationspflichten der ASV-Berechtigten gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt der Patientin oder des Patienten gelten in der ASV die Vorgaben des § 29a des Bundesmantelvertrags-Ärzte in der am 1. Januar 2019 geltenden Fassung entsprechend.

⁴Sofern bei einem ASV-Berechtigten die technischen Voraussetzungen für die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans noch nicht vorliegen, hat der ASV-Berechtigte, abweichend von Satz 1 und Satz 2 die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans zu informieren. ⁵Die Information über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans soll auch an

einen die Patientin oder den Patienten behandelnden Vertragsarzt (sofern vorhanden, den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt), der die technischen Voraussetzungen erfüllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese Informationsweitergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden Vertragsarzt.

(4) ¹In der ASV können die Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt sowie digitale (z. B. von der elektronischen Gesundheitskarte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sofern der ASV-Berechtigte die jeweils relevanten (technischen) Voraussetzungen erfüllt und dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. ²Dazu gehört auch die Durchführung der Videosprechstunde, die als synchrone Kommunikation zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer Patientin oder einem Patienten definiert ist. ³Sie kann über die der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stehende Ausstattung, gegebenenfalls unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, von in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden. ⁴Als Videosprechstunde im Rahmen dieser Richtlinie gilt auch die Kommunikation nach Absatz 4 Satz 2 und 3, die zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer pflegebedürftigen Patientin oder einem pflegebedürftigen Patienten unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren Pflegekräften, die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligt sind (z. B. in einer Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten), durchgeführt wird. ⁵Ebenfalls können ärztliche Fallkonferenzen und Fallbesprechungen zur Kommunikation zwischen in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten als Videofallkonferenzen im Rahmen dieser Richtlinie durchgeführt werden. ⁶Die **maßgeblichen** (technischen) Voraussetzungen **die zur Durchführung der Leistungen nach Satz 1 bis 5 notwendig sind, gelten auch in der ASV**, sofern vorhanden gelten für Krankenhäuser die maßgeblichen krankenhausspezifischen Regelungen. ⁸Sofern eine Patientin oder ein Patient Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur hat, gelten zudem die Sätze 4 und 5 des Absatzes 3 entsprechend. ⁹Die ausschließliche Behandlung und Betreuung einer ASV-Patientin oder eines ASV-Patienten per Videosprechstunde durch ein ASV-Team ist ebenso nicht zulässig wie die ausschließliche Teilnahme eines ASV-Teammitglieds an der ASV mittels Videosprechstunden.

(5) Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auch die Verordnung von erkrankungsbezogenen digitalen Gesundheitsanwendungen.

~~§ 5a – Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie~~

~~Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind für ASV-Berechtigte der Arztgruppen~~

~~Neurochirurgie~~

~~Neurologie~~

~~ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut~~

~~Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut~~

~~Psychiatrie und Psychotherapie~~

~~Psychosomatische Medizin und Psychotherapie~~

~~Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie~~

~~Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut~~

~~bis zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01433 (Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und 23.1) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der mit Wirkung vom 1. Januar 2022 geltenden Fassung des EBM. Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind für ASV-Berechtigte der nicht in Satz 1 festgelegten Arztgruppen bis zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01434 (Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt) des EBM in der mit Wirkung vom 1. Januar 2022 geltenden Fassung.~~

~~§ 5b~~ § 5a **Außerkräftreten der Appendizes**

¹Die Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 treten jeweils an dem Tag außer Kraft, an dem der Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage in Kraft tritt. ²Soweit die Beanstandungsfrist gemäß § 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V zu dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Beschlusses noch nicht abgelaufen ist, treten abweichend von Satz 1 die Appendizes jeweils an dem Tag nach Ablauf der Prüffrist und unter der Voraussetzung außer Kraft, dass das Bundesministerium für Gesundheit den jeweiligen Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nicht beanstandet hat. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt den jeweiligen Tag des Außerkräftretens im Bundesanzeiger bekannt.

§ 6 Studienteilnahme

¹Die 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. ²Notwendig ist hierzu die Kenntnis relevanter laufender Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über die Studienteilnahme.

§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen erfolgen.

§ 8 Überweisungen

¹Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.1 sowie von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.2 setzt eine Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. ²Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt. ³Abweichend von den Sätzen 1 und 2 besteht für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen

Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten kein Überweisungserfordernis. ⁴Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen. ⁵Die Überweisung zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten wird für die Indikation entsprechend § 1 Absatz 2 ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen soll. ⁶Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt informiert die Versicherte oder den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. ⁷Der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte informiert die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt und die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. ⁸Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen und trägt ein eindeutiges Datum. ⁹Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. ¹⁰Näheres wird in den Anlagen geregelt. ¹¹Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. ¹²Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, begründet auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung. ¹³In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlagen 1.1 und 1.2 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen.

§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung

¹Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus teilstationär oder stationär erfolgen. ²Die zu § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung beschlossenen G-AEP-Kriterien gelten entsprechend.

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

(1) ¹Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt. ²Für die ASV-Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich. ³Dies ist unabhängig von der Teamebene. ⁴Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. ⁵Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. ⁶Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß § § 3 und 4 dieser Richtlinie sind hiervon unberührt.

(2) Dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ist eine vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation nach Absatz 1 vorzulegen, es sei denn, eine solche Kooperation kommt nach § 116b Absatz 4 Satz 11 SGB V nicht zustande.

(3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;

- c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene 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.

§ 11 Mindestmengen

Das Nähere zu Mindestmengen ist in den Anlagen zu regeln.

§ 12 Qualitätssicherung

¹Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. ²Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt. ³Zusätzlich 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 § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

§ 13 Evaluation

¹Die Ergebnisse der Bewertung der 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. ²Spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten einer Anlage zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen des jeweiligen Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung des jeweiligen Beschlusses. ³Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der G-BA dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 14 Dokumentation

¹Der Umfang der sektorenübergreifend einheitlichen Dokumentationspflichten im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen und der Prozeduren ergibt sich aus den konkretisierenden Anlagen. ²Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. ³Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1. ⁴Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. ⁵Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.

§ 15 Patienteninformation

¹Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche allgemeine Erläuterungen über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum

<p>PatV in mündlicher und schriftlicher Form</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV [keine Aufnahme]</p>
---	---

²Die Information der Patientin bzw. des Patienten ist zu dokumentieren. ³Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV ist den Patientinnen bzw. Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen. ⁴Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern 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.

§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung

Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nimmt die durch die jährliche Aktualisierung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erforderlichen ICD-10-GM-Anpassungen in den Anlagen der Richtlinie vor, soweit gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Kerngehalt der Richtlinie nicht berührt wird.

Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Anwendungsbereich

Die Regelungen in diesem Anhang dienen der Festlegung leistungsspezifischer Qualitätsanforderungen in der ASV für die Anzeige gemäß § 4a Absatz 3 Buchstabe a.

1. Langzeit-EKG

Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten langzeitelektrokardiographischen Leistungen (im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden GOP 03241, 03322, 04241, 04322, 13252, 13253, 27322, 27323).

Anforderungen an die fachliche Befähigung:

- Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin, oder
- Facharztbezeichnung im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Kinder- und Jugend-Kardiologie, oder
- Facharztbezeichnung und selbstständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen und Erbringung des Langzeit-EKG in einer Organisationseinheit für Innere Medizin, für Kardiologie, für Kinder- und Jugendmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

2. Strahlendiagnostik und -therapie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der diagnostischen Radiologie, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin.

Anforderungen an die fachliche Befähigung:

a) Für die allgemeine Röntgendiagnostik:

- Facharztbezeichnung Radiologie, oder
- ~~Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst~~
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik fordert

DKG	KBV	GKV-SV
- Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst	oder Nachweis des Erwerbs gleichwertiger Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik unter der Leitung	[keine Aufnahme]

	zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte	
--	---	--

und

Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit

oder

Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 des Strahlenschutzgesetzes oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 des Strahlenschutzgesetzes.

b) Für die Computertomographie:

- Facharztbezeichnung Radiologie oder
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik fordert

Folgedissens zu 2.a)		
<p>DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von computertomographischen Untersuchungen umfasst 	<p>KBV</p> <p>oder</p> <p>Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

c) Für die Knochendichtemessung:

- Facharztbezeichnung Radiologie, oder
- ~~- Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in einem Fachgebiet nach der Weiterbildungsordnung oder Facharztbezeichnung mit Fortbildung zum Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Knochendichtemessungen und Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit oder Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nr. 4 Strahlenschutzgesetz oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 Strahlenschutzgesetz.~~
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Knochendichtemessung fordert

Folgedissens zu 2.a)		
DKG	KBV	GKV-SV
<ul style="list-style-type: none"> - Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von Knochendichtemessung umfasst 	<ul style="list-style-type: none"> oder Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Knochendichtemessung unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> [keine Aufnahme]

und Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit oder Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 des Strahlenschutzgesetzes oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 des Strahlenschutzgesetzes.

d) Für die Strahlentherapie:

- Facharztbezeichnung Strahlentherapie oder
- alternativ auch Facharztbezeichnung Neurochirurgie ausschließlich für die Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) nach den GOP 25322, 25323 und 25348

e) Für die Nuklearmedizin:

- Facharztbezeichnung Nuklearmedizin

3. Koloskopie

Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten koloskopischen Leistungen (im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden GOP 04514, 04518, 04520, 13421, 13422, 13423 und 13424).

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung:

- Facharztbezeichnung Innere Medizin und Gastroenterologie, oder
- Facharztbezeichnung Allgemein Chirurgie oder Viszeralchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht
- und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme bei den erweiterten Landesausschüssen

oder

- Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht, oder
- Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer

weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

- und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 100 Koloskopien innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss.

b) Anforderungen an die Hygienequalität:

Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden regelmäßige, geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope durchgeführt. Diese erfolgen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin oder eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene.

4. Kernspintomographie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der Kernspintomographie der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 des EBM

d) Anforderungen an die fachliche Befähigung:

Für die allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma:

- Facharztbezeichnung Radiologie oder
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen kernspintomographischen Diagnostik fordert

Folgedissens zu 2.a)		
<p>DKG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fort- oder Weiterbildung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Durchführung von kernspintomographischen Untersuchungen umfasst 	<p>KBV</p> <p>oder</p> <p>Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen kernspintomographischen Diagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

<p>GKV-SV, KBV</p> <p>und mind. 24-monatige ganztägige Tätigkeit (Teilzeittätigkeit wird entsprechend angerechnet) in der kernspintomographischen Diagnostik. Darauf kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diagnostik angerechnet werden. Die</p>	<p>DKG</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	---

Anforderung kann bereits Teil der geforderten Facharzt-, Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung sein.	
--	--

Für die Kernspintomographie der Mamma zusätzlich:

- Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgenmammographie (GOP 34270) und der Mammasonographie (GOP 33041) gem. § 4a Abs. 3 oder 4 und
- jeweils selbstständige oder unter Anleitung erfolgte Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden.

GKV-SV	KBV	DKG
<p>b) Anforderungen an die apparative Ausstattung:</p> <p>Für die Durchführung von Leistungen der Kernspintomographie im Rahmen der ASV sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, wie die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte, das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, sowie die entsprechenden Normen zu beachten. Es dürfen nur MRT-Systeme verwendet werden, die über eine CE-Kennzeichnung verfügen.</p>	<p>b) Anforderungen an die apparative Ausstattung:</p> <p>Leistungen der Kernspintomographie dürfen nur erbracht werden, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe des Medizinproduktegesetzes erfolgt.</p>	<p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

a) onkologische Erkrankungen

Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

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

- C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus
- C16.- Bösartige Neubildung des Magens
- C17.- Bösartige Neubildung des Dünndarmes
- C18.- Bösartige Neubildung des Kolons
- C19.– Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
- C20.– Bösartige Neubildung des Rektums
- C21.- Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
- C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
- C23.– Bösartige Neubildung der Gallenblase
- C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
- C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas
- C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
- C26.1 Bösartige Neubildung: Milz
- C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
- C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Abdomens
- C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

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

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Diagnostik von *Helicobacter pylori*
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, ERCP, Laryngoskopie, Bronchoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung

- Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentensersumspiegeln)
- Punktionen, Biopsien
- Spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Lasertherapeutische Verfahren (Ösophagus-CA)
- Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- Mukosektomie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Schmerztherapie
- Sexualberatung und Familienplanung
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Tumorkonferenzen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
 - Bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren, Tumoren der Bauchhöhle, gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder gastrointestinalen Stromatumoren
 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokaltherapie (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von Abdomen und/oder Thorax abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden.
 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokaltherapie empfohlen wird.
 - Bei Patientinnen und Patienten mit resektablen Leber- oder Lungenmetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Operation
- PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder Jod-124 bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie, zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.
- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder Tumoren der Bauchhöhle
 - zur Ausbreitungsdiagnostik
 - zur Rezidivdiagnostik bei begründetem Verdacht auf ein Rezidiv beziehungsweise eine Progression der Erkrankung
 - zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
 - zur einmaligen Kontrolle des Therapieerfolges drei bis sechs Monate nach PRRT (Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie)
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)

- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Allgemeinchirurgie oder
- Viszeralchirurgie
- bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Nuklearmedizin oder bei anderen endokrinologischen Tumoren auch: Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie
- bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom zusätzlich auch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Nuklearmedizin und Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- bei anderen endokrinologischen Tumoren zusätzlich auch: Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

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

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Neurologie
- Humangenetik
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Radiologie
- Pathologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe und
- Urologie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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:
 - soziale Dienste wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
 - Physiotherapie
 - ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

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:
- Innere Medizin und Gastroenterologie
 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie, alternativ bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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

- c)** mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d)** zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- e)** der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- f)** die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- g)** eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- h)** für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten- und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- i)** eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- j)** eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
- k)** eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,
- l)** Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „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.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix

<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)</p>
--	--

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~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.~~

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

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

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

[Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

* Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, einschließlich endokriner Therapien im metastasierten Stadium (M1), die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Nicht umfasst sind eine adjuvante endokrine Therapie und die Gabe von Bisphosphonaten, sofern nicht andere tumorgerichtete Behandlungen parallel verabreicht werden.

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

1.1 Mammakarzinom

- C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
- C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
- C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
- C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
- C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
- D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren

- C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
- C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
- C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
- C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
- C52 Bösartige Neubildung der Vagina

- C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix
- C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix
- C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
- C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
- C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium
- C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium
- C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri
- C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
- C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
- C56 Bösartige Neubildung des Ovars
- C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
- C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
- C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
- C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium
- C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
- C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
- C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
- C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
- C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen)

- Genexpressionsanalyse
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegeln)
- Punktionen, Biopsie
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- MRT-Untersuchung der Mamma bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz
 - bei hoher Dichte des Drüsenkörpers und/oder bei eingeschränkter Beurteilbarkeit der Befunde in Mammographie und Ultraschall, wenn eine Biopsie (z.B. wegen ausgeprägter Vernarbungen, multipler Befunde oder extremer Lokalisation) problematisch ist
 - bei invasiv lobulärem Karzinom um die Invasivität und Ausdehnung einer erforderlichen Operation zu planen
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.
- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:
 - ER positiv und
 - Her2 negativ und
 - Alter > 35 Jahre und
 - N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - G1 oder G2 oder

- Ki-67 > 10 % ≤ 30 %
aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
 - G3 oder Ki-67 > 30 %.
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Strahlentherapie

b) Kernteam

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

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

Berechtig zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, die folgende operative Eingriffe nachweisen:

1. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, z. B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration,
2. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma,
3. 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen.

Der Nachweis nach Nummer 1 ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 behandeln.

Der Nachweis nach Nummer 2 ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Humangenetik
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - Physiotherapie
 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
 - Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

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:
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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

- c)** mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d)** zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- e)** der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- f)** die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- g)** eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- h)** für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- i)** eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- j)** eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
- k)** eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,
- l)** Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- m)** die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,
- q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,
 - die Patientin und der Patient ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären,
 - eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin und dem Patienten ist ausgeschlossen.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mindestens 250 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam mindestens 60 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ 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.

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

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

70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

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

5 Sonderregelung für Subspezialisierung

Eine ASV-Berechtigung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren setzt die vollständige Erfüllung der in der Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen voraus.

Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

- a) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 behandeln, die in Nummer 5.1 genannten Anforderungen, oder
- b) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln, die in Nummer 5.2 genannten Anforderungen.

Die vollständige Erfüllung der übrigen Anforderungen dieser Anlage ist jeweils beim zuständigen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und nachzuweisen.

5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Nummer 1.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- PET; PET/CT
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

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

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 60 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.1 des Appendix aufgeführt.

5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Nummer 1.2) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach Nummer 3.2 Buchstabe q

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 250 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 des Appendix aufgeführt.

6 Appendix

Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Nummer 5.~~

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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.~~

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

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

[Appendix „gynäkologische Tumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL *](#)

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, einschließlich endokriner Therapien im metastasierten Stadium (M1), die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Nicht umfasst ist eine adjuvante endokrine Therapie sofern nicht andere tumorgerichtete Behandlungen parallel verabreicht werden.

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

- C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C48.0 Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
- C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- C60.- Bösartige Neubildung des Penis
- C61 Bösartige Neubildung der Prostata
- C62.- Bösartige Neubildung des Hodens
- C63.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane
- C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
- C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
- C66 Bösartige Neubildung des Ureters
- C67.- Bösartige Neubildung der Harnblase
- C68.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
- C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese

- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall, Doppler Nierenvenen, intravenöse Urographie einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen [inklusive PSMA-PET/CT zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA](#))
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, Zystoskopie, Rektoskopie, Proktoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung, digital-rektale und vaginale Untersuchung)
- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegel)
- Punktionen, Biopsie (TUR-Blase)
- Tumorstaging
- Urodynamik

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Urostoma
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Wundversorgung
- Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie (BCG auch als Instillationstherapie bei Blasenkarzinom), Lasertherapie, soweit im EBM abgebildet

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- Inkontinenzberatung
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- ⁶⁸Ga- oder ¹⁸F-PSMA-PET; PET/CT bei Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren
 - mit fehlendem Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten nach radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms (durch 2 Messungen bestätigt)
 - mit PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert > 0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines lokalisierten Prostatakarzinoms

Liegt der PSA-Wert > 10 ng/ml sind zuvor zur Tumorlokalisierung die konventionellen Untersuchungsverfahren einschließlich Becken-MRT und Skelettszintigraphie auszuschöpfen.

- beim High-Risk Prostatakarzinom (Gleason-Score 8-10 oder T-Kategorie cT3/cT4 oder PSA \geq 20 ng/ml) zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter Therapie bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz
- ~~- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose und PSMA-Liganden) bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA~~
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei Residuen von $>$ 3cm

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Urologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Urologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie

- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - Physiotherapie
 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
 - Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

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:
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Urologie

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

- c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

- e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.
- f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
- g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
- h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.
- i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.
- k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.
- l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.
- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „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.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 3: urologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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.~~

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

~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regelmäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er~~

Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

[Appendix „urologische Tumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

Tumorgruppe 4: Hauttumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Ausgeschlossen sind eine alleinige oder adjuvante Strahlentherapie sowie lokale dermatologische Behandlungen, wie Operationen, Lasertherapie, photodynamische Therapie, Elektrodesikkation, Kürettage, Kryotherapie bei Basalzellkarzinomen (=Basaliomen) und Plattenepithelkarzinomen im Stadium N0, M0.

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

- C43.- Bösartiges Melanom der Haut
- C44.- Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
- C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum] (nicht HIV-assoziiert, und rein kutan)
- C51.- Bösartige Neubildung der Vulva (nur bei malignem Melanom)
- C60.- Bösartige Neubildung des Penis (nur bei malignem Melanom)
- C63.2 Bösartige Neubildung des Skrotums (nur bei malignen Melanomen)
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit primär kutanen Lymphomen gemäß der WHO EORTC-Klassifikation der kutanen Lymphome:

- C82.- Follikuläres Lymphom
- C83.- Nicht follikuläres Lymphom
- C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
- C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
- C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- Bildgebende Verfahren (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Dermatoskopie
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes

- Histologische, zytologische und immunhistopathologische Untersuchungen
- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Punktionen, Biopsien (Probeexzision oder offene Biopsie)
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge inklusive Planung von plastischen Rekonstruktionen
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Photochemotherapie (PUVA)
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zur Selbstinspektion
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder
 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder

- zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen/Patienten mit Xeroderma pigmentosum und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Hauttumor zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei primär kutanen Lymphomen bei unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines systemischen Lymphoms mit Hautbefall
- **Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))**
- **Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Hauttumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])**
- **Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])**
- **Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)**
- **Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung der Patientin/des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)**
- **Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))**

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Haut- und Geschlechtskrankheiten oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Urologie
- Viszeralchirurgie

Für die Behandlung insbesondere von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren des Gesichtes, Kopfes oder Halses können folgende Fachärztinnen oder Fachärzte einzeln oder gemeinsam benannt werden:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - Physiotherapie
 - sozialen Diensten wie z. B. 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:
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

- c)** mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d)** zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- e)** der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.
- f)** die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
- g)** eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
- h)** für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.
- i)** eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- j)** eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

- k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.
- l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.
- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

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

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung 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.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen

Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 4: Hauttumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten~~

~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~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.~~

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

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

[Appendix „Hauttumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- C33 Bösartige Neubildung der Trachea
- C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C37 Bösartige Neubildung des Thymus
- C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
- C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
- C45.0 Mesotheliom der Pleura
- C45.2 Mesotheliom des Perikards
- C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, Periphere Nerven des Thorax
- C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe, Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
- C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax
- C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT inklusive kardiale Bildgebung bei Herztumoren, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei Lungenkarzinom/Lungenrundherden)

- Diagnostik paraneoplastischer Syndrome (PNS)
- Endoskopie des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsprüfung
- Punktionen, Biopsien (zum Beispiel der Pleura oder der Lunge)
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumorthérapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung
- zur Tabakentwöhnung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei neuroendokrinen Tumoren oder auch mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei bösartigen Neubildungen der thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ

intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums oder der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen Binde- und Weichteilgewebes (zum Beispiel Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Thoraxchirurgie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Thoraxchirurgie

Bei Herztumoren zusätzlich:

- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Laboratoriumsmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - 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 oder einem der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht:
- Innere Medizin und Pneumologie
 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Thoraxchirurgie

Bei Herztumoren alternativ

- Innere Medizin und Kardiologie oder
- Herzchirurgie

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

- c)** mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d)** zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- e)** der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.
- f)** die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
- g)** eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
- h)** für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

- i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.
- k) eine Mikrobiologie zur Verfügung steht.
- l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.
- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- n) Stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen oder Patienten der in Nummer „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.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.

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

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

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten

spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~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.~~

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

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

[Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- C00.- Bösartige Neubildung der Lippe
- C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes
- C02.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
- C03.- Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
- C04.- Bösartige Neubildung des Mundbodens
- C05.- Bösartige Neubildung des Gaumens
- C06.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
- C07 Bösartige Neubildung der Parotis
- C08.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen
- C09.- Bösartige Neubildung der Tonsille
- C10.- Bösartige Neubildung des Oropharynx
- C11.- Bösartige Neubildung des Nasopharynx
- C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
- C13.- Bösartige Neubildung des Hypopharynx
- C14.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- C30.- Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres
- C31.- Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen
- C32.- Bösartige Neubildung des Larynx
- C41.0- Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels
- C43.0 Bösartiges Melanom der Lippe
- C43.2 Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges
- C43.3 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
- C43.4 Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses
- C44.0 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Lippenhaut
- C44.1 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

- C44.2 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges
- C44.3 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
- C44.4 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses
- C46.0 Kaposi-Sarkom der Haut
- C46.1 Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
- C46.2 Kaposi-Sarkom des Gaumens
- C46.3 Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
- C47.0 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
- C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C49.0 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
- C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse
- C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse
- C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum
- C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- C76.0 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Hals, Gesicht
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- Audiometrie
- bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder unbekanntem Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs und bei Larynxkarzinom)
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen nach HNO-Tumor

- Endoskopie des Nasenrachenraumes, Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsprüfung
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Ernährungstherapie bei Schluckstörungen, soweit im EBM abgebildet
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Stimmprüfung
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch inklusive Umgang mit Hilfsmitteln zur Sprachbildung, Kaufunktionelle Maßnahmen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zur Alkohol- und Tabakentwöhnung
- zur Ernährung
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren
 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokalthherapie oder vor funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (unter anderem CT und/oder MRT) von Kopf/Hals, Thorax und Abdomen abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden
 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokalthherapie empfohlen wird
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder J-124) bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie, zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder
 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
 - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen RO-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Patientinnen und Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Paragangliomen zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des Kopfs oder Hals unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder

Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder
- Strahlentherapie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:

- Viszeralchirurgie oder
- Nuklearmedizin

b) Kernteam

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Strahlentherapie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Viszeralchirurgie und
- Nuklearmedizin

Bei Tumoren der Haut im Kopf-Hals-Bereich spätestens ab [einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zusätzlich auch:

- Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Gefäßchirurgie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - Physiotherapie
 - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
 - Logopädie

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:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:

- Viszeralchirurgie

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

- c)** mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d)** zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- e)** der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- f)** die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- g)** eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- h)** für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- i)** eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- j)** eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
- k)** eine Mikrobiologie,
- l)** Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- m)** die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- n)** stationäre Notfalloperationen möglich sind,

- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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

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.

5 Appendix

Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~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.~~

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

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

[Appendix „Kopf- oder Halstumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- C47.- Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
- C70.- Bösartige Neubildung der Meningen
- C71.- Bösartige Neubildung des Gehirns
- C72.- Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
- C75.1 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Hypophyse
- C75.2 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Ductus craniopharyngealis
- C75.3 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]
- C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum
- C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Primäre ZNS-Lymphome

- C83.3 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom
- D32.- Gutartige Neubildung der Meningen
- D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
- D35.2 Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen: Hypophyse
- D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Meningen
- D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems
- D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT inklusive Postmyelographie-Computertomographie, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Liquordiagnostik
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Antiepileptische Therapie
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)

- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, zum Beispiel O-(2-[18F]Fluoroethyl)-L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT:
 - zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und
 - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
 - bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv
 - bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, gegebenenfalls auch MRT) primär zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach Ausschluss extrakranieller Lymphomherde
- PET; PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie zum Beispiel 68 Ga-DOTATOC oder 68 Ga-DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Neurochirurgie oder
- Strahlentherapie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Strahlentherapie

Bei endokrinen Tumoren zusätzlich auch:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neuropathologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie

- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden.

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

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - 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:
 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Neurologie
 - Neurochirurgie
- c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

- g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
- k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,
- l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter Nummer „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.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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

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.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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.~~

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

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

[Appendix „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- C40.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
- C41.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
- C45.7 Mesotheliom sonstiger Lokalisation
- C46.- [Kaposi-Sarkom \[Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum\]](#)
- C47.1 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter
- C47.2 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
- C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Thorax
- C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Abdomens
- C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Beckens
- C47.6 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
- C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
- C49.1 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter
- C49.2 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
- C49.3 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
- C49.4 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
- C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- C49.6 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
- C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

- C76.4 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen:
Obere Extremität
- C76.5 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen:
Untere Extremität
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Desmoidtumore kodiert mit:

- D48.1 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten an Bindegewebe und anderen Weichteilgeweben
- D48.2 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem
- D48.3 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten am Retroperitoneum
- D48.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten am Peritoneum

Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten mit bösartiger Neubildung des Bindegewebes oder anderer Weichteile, unterschiedlicher Lokalisation über den unspezifischen ICD-10-Kode C49.9 (zum Beispiel Stromatumoren/Sarkomen) eingeschlossen werden.

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 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen Endosonographie, Angiographie, Skelettszintigraphie)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Punktionen, Biopsien
- Sentinel-Lymphknoten-Ektomie
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel Zentralvenenkatheter [ZVK])
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle

- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Planung von plastischen Rekonstruktionen und Prothese
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Geh- und Prothesentraining
- zu Sporttherapie
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung
- zur Umschulung der Händigkeit

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Neubildung des Binde-, Weichteil- oder Knochengewebes nach konventioneller Diagnostik (CT und/oder MRT, gegebenenfalls ergänzt durch Skelettszintigraphie)
 - zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung
 - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der

Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))

Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Strahlentherapie
- Allgemeinchirurgie oder
- Viszeralchirurgie

b) Kernteam

- Allgemeinchirurgie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Strahlentherapie
- Viszeralchirurgie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Plastische, **Rekonstruktive und Ästhetische** Chirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
 - Ergotherapie
 - Orthopädietechnikmechaniker
 - Physiotherapie
 - Referenzpathologie
 - 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:
- Allgemeinchirurgie
 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Orthopädie und Unfallchirurgie
 - Viszeralchirurgie

Eine 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

- c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

- e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
- k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,
- l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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

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 Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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.~~

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

Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss **prüft** jährlich **regelmäßig den Behandlungsumfang** ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

Appendix „Knochen- und Weichteiltumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- C43.1 Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus
- C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
- C44.8 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
- C44.1 Bösartige Neubildung der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus
- C49.0 Bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
Bindegewebe: Augenlid, Ohr
- C69.- Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
- C72.3 Bösartige Neubildung des Nervus opticus [II. Hirnnerv]
- C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms:
Primäres Bindehaut-Lymphom
- D03.1 Melanoma in situ des Augenlides, einschließlich Kanthus
- D04.1 Carcinoma in situ der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG-Untersuchungen)
- Anamnese
- Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Ophthalmoskopie, binokulare Untersuchung des (gesamten) Augenhintergrundes in Mydriasis, Schirmertest, Augeninnendruckmessung, Prüfung der Tränenwege, Sehtests (Visusprüfung u.a.), Gonioskopie, Spaltlampenmikroskopie, Perimetrie)
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen, Fluoreszenzangiographie des Auges)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen)
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

- Auswahl, Anpassung und Prüfung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe (z.B. Kontaktlinsen) und therapeutischen Sehhilfen
- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch, insbesondere Sehhilfen, Blindenhilfsmitteln und Prothesen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

<p>DKG, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> – intravitreale Medikamenteneingabe und entsprechende Nachbetreuung 	<p>GKV-SV, KBV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

- Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)
- Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignen Tumoren des Auges bzw. der

Augenanhangsgebilde nach konventioneller Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall des Abdomens, CT, MRT oder Skelettszintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

- PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei Merkel-Zell-Karzinom des Auges bzw. der Augenanhangsgebilde vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des Auges unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend den Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

- Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Augenheilkunde

b) Kernteam

- Augenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Für die Hinzuziehenden sind folgende Fachärztinnen oder Fachärzte einzeln oder gemeinsam zu benennen:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Ocularist

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:

- Augenheilkunde
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie,

- l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens zehn Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „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. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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

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.

Die Überweisung kann auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss innerhalb von einem Quartal in eine gesicherte Diagnose überführt werden.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~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.~~

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

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

[Appendix „Tumoren des Auges“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie oder eine regelmäßige Transfusion von Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten oder eine andere krankheitsspezifische systemische medikamentöse Therapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Die Konkretisierung umfasst des Weiteren die Betreuung von Patientinnen und Patienten, die wegen eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes eine Therapie erhalten haben und an einer Langzeitkomplikation/Spättoxizität leiden.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- C81.- Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
- C82.- Follikuläres Lymphom
- C83.- Nicht follikuläres Lymphom
- C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
- C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
- C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten
- C90.- Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
- C91.- Lymphatische Leukämie
- C92.- Myeloische Leukämie
- C93.- Monozytenleukämie
- C94.- Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
- C95.- Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
- C96.- Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- D45 Polycythaemia vera
- D46.- Myelodysplastische Syndrome
- D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- D55.- Anämie durch Enzymdefekte
- D56.0 Alpha- Thalassämie
- D56.1 Beta-Thalassämie
- D56.2 Delta-Beta-Thalassämie
- D56.8 Sonstige Thalassämien

D57.- Sichelzellenkrankheiten

E85.9 Amyloidose, nicht näher bezeichnet (Leichtketten-Amyloidose)

nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese:

D59.- Erworbene hämolytische Anämien

D60.- Erworbene isolierte aplastische Anämie [Erythroblastopenie] [pure red cell aplasia]

D61.- Sonstige aplastische Anämien

D64.- sonstige Anämien

nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten:

D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura

D69.4- Sonstige primäre Thrombozytopenie

D69.6- Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik:

D70.- Agranulozytose und Neutropenie

D71 Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten

D72.0 Genetisch bedingte Leukozytenanomalien

Bei Langzeitkomplikation/Spättoxizität ist der behandelte Tumor des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes als „Zustand nach“ zu dokumentieren.

Diese Anlage umfasst nicht die Nachbehandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der allogenen Stammzelltransplantation.

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Beratung, Behandlungsplanung und Therapiekontrolle
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen (wie zum Beispiel FDG-PET; FDG-PET/CT als Staging-Untersuchung beim Hodgkin-Lymphom und als initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen))
- Endoskopische Diagnostik
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Immunphänotypisierung
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z.B. HLA-Typisierung)

- Punktionen u.a. Knochenmark, Biopsien
- Tumorstaging
- Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation, Gentherapie

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Intrathekale Therapie
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien (inklusive Infusionstherapie und Immunsuppressive Therapie)
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Photochemotherapie (PUVA)
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Beratung und Betreuung zur sozialen Integration
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu risikoadaptierte Nachsorge
- zu Sexualität und Familienplanung

- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei malignen Lymphomen oder extramedullären Leukämieherden zur Therapieplanung
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Allgemein- und/oder Viszeralchirurgie
- Anästhesiologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurochirurgie benannt werden.

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Transfusionsmedizin benannt werden.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

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 (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
 - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

- Physiotherapie
- Referenzpathologie
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Zahnheilkunde

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:

- Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im ASV-Team vorhanden ist

Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.

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

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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

- d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- e) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- f) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- g) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- h) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- i) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- j) infektiöse Patientinnen und Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können,
- k) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- l) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

- m) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- n) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- o) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- p) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- q) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „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. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

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

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

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

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.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Langzeitkomplikation/Spättoxizität erfolgen bei Patientinnen bzw. Patienten, die wegen einer der unter 1 Konkretisierung aufgeführten Tumordiagnosen behandelt worden 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 Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2024 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024.

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

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 „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung“*

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

b) rheumatologische Erkrankungen**Teil 1: Erwachsene****1 Konkretisierung der Erkrankung**

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer rheumatologischen Erkrankung sowie deren Behandlung, 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 rheumatologischen Erkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
- D68.6 Sonstige Thrombophilien
- D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D69.0 Purpura anaphylactoides
- D86.0 Sarkoidose der Lunge
- D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.3 Sarkoidose der Haut
- D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*
- D89.1 Kryoglobulinämie
- E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
- M02.1- Postenteritische Arthritis
- M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
- M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
- M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
- M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
- M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
- M08.- Juvenile Arthritis

- M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M11.- sonstige Kristall-Arthropathien
- M13.- Sonstige Arthritis
- M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8
- M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
- M31.3 Granulomatose mit Polyangiitis
- M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
- M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis
- M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose
- M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- M35.2 Behçet-Krankheit
- M35.3 Polymyalgia rheumatica
- M35.4 Eosinophile Faziitis
- M35.6 Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]
- M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48⁺)
- M45.0- Spondylitis ankylosans
- M46.8- Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien
- M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis
- M94.1 Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis]

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie, Herzkatheteruntersuchung)
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z. B. Augendruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angiographie, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie, ~~Endoskopie der Nasennebenhöhlen~~)
- Humangenetische Untersuchungen
- Intracutantest (Tuberkulintest)
- Kapillarmikroskopie
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse) einschließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörperbestimmung, humorale und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG)
- Nierenfunktionsdiagnostik
- Pulmonale Funktionsdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Radiosynoviorthesen
- Schmerztherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusion von Blutkomponenten
- UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen

- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises ergänzt werden
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz

DKG, PatV	GKV-SV	KBV
<ul style="list-style-type: none"> - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) bei Patientinnen und Patienten mit anti-TIF1γ- oder NXP2- Antikörper-positiver Dermatomyositis bei Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr und Vorliegen mindestens eines weiteren Hochrisikofaktors zum Tumorausschluss bei Erkrankungsbeginn bis 3 Jahre nach Erkrankungsbeginn 	<ul style="list-style-type: none"> - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) bei Patientinnen und Patienten mit anti-TIF1γ- oder NXP2- Antikörper-positiver Dermatomyositis bei Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr und Vorliegen mindestens eines weiteren Hochrisikofaktors (Hochrisikogruppe) zum Tumorausschluss einmalig nach Erkrankungsbeginn falls andere klinische und diagnostische Verfahren in der bezeichneten Hochrisikogruppe nicht zu Detektion einer Tumorerkrankung geführt haben. 	<p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
<ul style="list-style-type: none"> - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-DOTA-NOC - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-EKG, 	<p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

<p>- bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und Verdacht auf Sarkoidose</p> <p>als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist.</p>	
--	--

- Vorbereitung und Durchführung eines strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramms für Patienten mit Rheumatoider Arthritis

<p>DKG, PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhle und/oder des Nasen-Rachenraumes und/oder einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen 	<p>KBV, GKV-SV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	---

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Rheumatologie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie

- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

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:
 - Physiotherapie
 - Ergotherapie
 - Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich zu nennen.

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

- c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:

1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
2. Körperlicher Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und
4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).

Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach

§ 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [\[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ\]](#) die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu rheumatologischen Speziallaborleistungen.~~

~~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 **prüft** jährlich **regelmäßig den Behandlungsumfang** Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des~~ Appendix auf.~~

[Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Teil 2: Kinder und Jugendliche

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen rheumatologischer Erkrankungen.

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

- D68.6 Sonstige Thrombophilien
- D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D69.0 Purpura anaphylactoides
- D86.0 Sarkoidose der Lunge
- D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.3 Sarkoidose der Haut
- D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*
- E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme
- M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
- M02.1- Postenteritische Arthritis
- M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- M05.- Seropositive chronische Polyarthritis
- M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
- M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
- M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
- M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
- M08.- Juvenile Arthritis
- M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M13.- Sonstige Arthritis
- M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8

- M30.0 Panarteriitis nodosa
- M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
- M30.2 Juvenile Panarteriitis
- M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]
- M31.3 Granulomatose mit Polyangiitis
- M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose
- M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- M35.2 Behçet-Krankheit
- M35.4 Eosinophile Fasziitis
- M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- M45.0- Spondylitis ankylosans
- M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

2 Behandlungsumfang

Es gilt der im Teil 1 Erwachsene geregelte Behandlungsumfang, soweit diese Prozeduren bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.

Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:

- Humangenetische Untersuchungen
- Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

a) Teamleitung

- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie

b) Kernteam

- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie
- Augenheilkunde
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Es gelten die im Teil 1 Erwachsene geregelten Anforderungen.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.

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

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

4 Überweisungserfordernis

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

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfangs obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87

[Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.](#)

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

~~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 prüft jährlich regelmäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

[Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

K50.- Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]

K51.- Colitis ulcerosa

K52.3- Colitis indeterminata

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Augendruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall einschließlich, endosonographischer Verfahren, Röntgen, Sonografie, MRT-/Röntgen-Sellink)
- Dermatologische Diagnostik
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierung, Punktionen und Biopsien), **Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskoloskopie**
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (inklusive Stuhluntersuchungen)
- Punktionen, Biopsien, Histopathologische Untersuchungen

Behandlung

- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung (einschließlich), -durchführung und -kontrolle,
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und unerwünschten Behandlungsfolgen
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter und Pouch
- Einleitung der Rehabilitation
- Endoskopische Dilatation von Stenosen
- Kleinchirurgische Eingriffe, gegebenenfalls OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Einleitung, Überprüfung und Anpassung einer enteralen oder parenteralen Ernährung

- Medikamentöse Therapien einschließlich Infusionstherapien
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Therapie von Stuhlinkontinenz
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch (insbesondere Stoma- und Inkontinenzversorgung)
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zur operativen Versorgung
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zur psychotherapeutischen Versorgung
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Weitere spezifische Leistungen:

- Kapselendoskopie Dünndarm
 - wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, vollständige Koloskopie – sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT und Darmsonographie weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Crohn mit Dünndarmbefall besteht.
 - zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
 - zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen
 - bei chronisch aktiven Verlaufsformen
 - bei sekundärem Therapieversagen
 - bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf
- Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)
 - zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
 - bei unklarer Blutung bei vorherigem Ausschluss einer Blutungsquelle im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt
- ~~– Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskoloskopie~~
- Pouchoskopie

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Viszeralchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

<p>DKG</p> <p>Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	--

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie benannt werden.

Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Kooperationsvereinbarung vertreten sein. Die Vorgaben des § 10 der Richtlinie gelten entsprechend.

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

- Radiologie
- Urologie

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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie 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,
- Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (zum Beispiel Diätassistenten),
- Kontinenztherapie,
- Physikalische Therapie,
- Selbsthilfe,
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten,
- Stomatherapie

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:

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Viszeralchirurgie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm bestehen

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit sowie die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 100 Patientinnen und Patienten der in Nummer „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 Anzahl 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 Abs. 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

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)</p>

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Chronisch entzündliche Darmerkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~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 prüft jährlich regelmäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

[Appendix „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

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 transthorakale 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

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
Weitere spezifische Leistungen: – Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)	[keine Aufnahme]

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.

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
DKG	GKV-SV, KBV, PatV
Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-	[keine Aufnahme]

Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.	
--	--

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

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfangs obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Multiple Sklerose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den

abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

~~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 prüft jährlich regelmäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

[Appendix „Multiple Sklerose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie), wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe oder besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

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

G40.- Epilepsie

Bei G40.5 Spezielle epileptische Syndrome nur Epilepsia partialis continua
[Kojewnikow-Syndrom]

F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

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

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel immunologische Labordiagnostik, Bestimmung von Arzneimittelspiegeln)
- Liquoruntersuchung
- Neurologische Untersuchung
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Neuropsychologische Untersuchungen
- Psychiatrische Untersuchung

Behandlung

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien inkl. Injektionen, Infusionstherapien
- Physikalische Therapie

- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Wundversorgung

Beratung

- zu Ausbildung, Beruf und sozialen Aspekten
- zu Diagnostik und Behandlung (zum Beispiel auch Epilepsie-Chirurgie)
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung (zum Beispiel Ketogene Diät)

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Neurologie
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit 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 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Humangenetik
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit dem 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 oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie 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
 - Epilepsie-Chirurgie
 - 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 beziehungsweise einem der folgenden Ärztinnen beziehungsweise Ärzte besteht:
 - Neurologie
- c) Notfallpläne (SOP) 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 zerebralen Anfallsleiden ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 110 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.

Bei ausschließlicher Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird keine Mindestmenge festgelegt.

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.

**Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen
Fallzahlen**

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- A15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
- A16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert
- A17.- Tuberkulose des Nervensystems
- A18.- Tuberkulose sonstiger Organe
- A19.- Miliartuberkulose
- A31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien
sowie Z20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention
sowie Z22.7 Latente Tuberkulose bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention.

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG-Untersuchungen)
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Prüfung des Farbsinns, Funduskopie)
- Blutgasanalyse
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT-/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Endoskopie des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes, des Urogenitaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. laryngoskopische und bronchoskopische Untersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, Urethrozystoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Hörschwellenbestimmung, Tonschwellenaudiometrie, Sprachaudiometrie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. phänotypische Resistenztestung, ausgewählte molekularbiologische Schnellresistenztestverfahren, Kontrolle von Medikamentenspiegeln)
- Lungenfunktionsmessungen

- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen Materials
- Punktionen, Biopsien
- Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik
- Tuberkulintest

Behandlung

- Anlage von fixierenden Verbänden
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Bougierung der Harnröhre
- Chemoprophylaxe/Chemoprävention
- Einlage von Blasenkathetern
- Einlage von Schienenkathetern
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien, inklusive Infusionstherapie und gegebenenfalls kontrollierte Medikamenteneinnahme (inklusive DOTS=directly observed treatment short course)
- Physikalische Therapie inklusive Inhalationstherapie
- Punktion und Drainagetherapie
- Schmerztherapie
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Infektionsschutzmaßnahmen
- zu Medikamentengabe, Nebenwirkungen und Resistenzen
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten, auch zu Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder
 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie:
 - Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neurologie
- Pathologie
- Laboratoriumsmedizin
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie 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:
 - Physiotherapie
 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- b) Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS-Behandlung bestehen,
- c) eine räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose bzw. nachgewiesener Multiresistenz gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 20 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung 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 Anzahl 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 vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. 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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tuberkulose und atypische Mykobakterien dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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 prüft jährlich regelmäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

[Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

b) Mukoviszidose

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

E84.- Zystische Fibrose

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allergiediagnostik (z. B. Intracutantest)
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. ERCP), des Respirationstraktes (z. B. Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage) ~~und der Nasennebenhöhlen~~
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Audiometrie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz, Glukosebestimmung)
- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung bei einer Patientin und bei einem Patienten entnommenen Materials
- Pulmonale Funktionsdiagnostik
- Schweißtest [für Kinder und Jugendliche](#)
- Tuberkulintest

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen; die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung
- zur Prävention von Infektionen und zur Besiedlung mit pathogenen Keimen (z. B. PSAE, MRSA, Cepacia-Komplex; Aspergillen)

Weitere spezifische Leistungen:

DKG, PatV	KBV, GKV-SV
- Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhle und/oder des Nasen-Rachenraumes und/oder einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen	[keine Aufnahme]

- Schweißtest im Erwachsenenalter

DKG, PatV	KBV, GKV-SV
- bei unklarer chronischer sinopulmonaler Erkrankung, rezidivierender oder chronischer Pankreatitis (nicht-biliär, nicht-alkoholisch), primär sklerosierender Cholangitis, aquagene Palmoplantarkeratose und/oder obstruktive Azoospermie und bei Verdacht auf Mukoviszidose bzw. CFTR-bedingte Erkrankung	- aufgrund einer unklaren chronisch sinopulmonalen Erkrankung, einer rezidivierenden oder chronischen Pankreatitis (nicht-biliär, nicht-alkoholisch), einer primär sklerosierenden Cholangitis, aquagenen Palmoplantarkeratose und/oder einer obstruktiven Azoospermie und dringendem Verdacht auf Mukoviszidose

DKG	KBV, PatV	GKV-SV
- als Biomarker zum Monitoring beim Einsatz von CFTR-Modulatoren bei Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose	- zur Therapieüberprüfung bei Einsatz von CFTR-Modulatoren	- einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität, nicht zur Verlaufskontrolle

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatz-Weiterbildungen verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
DKG	GKV-SV, KBV, PatV
Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.	<i>[keine Aufnahme]</i>

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Pathologie
- Radiologie
- Urologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und

Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut 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:
 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
 - Physiotherapie
 - Ernährungstherapie

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- b) eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung 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 Anzahl 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.

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix

Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Mukoviszidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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 prüft jährlich **regelmäßig den Behandlungsumfang** Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

Appendix „Mukoviszidose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

1 c) Hämophilie

2 1 Konkretisierung der Erkrankung

3 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
4 mit Hämophilie.

5 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie im Sinne der Richtlinie zählen
6 Patientinnen und Patienten mit folgenden hereditären oder erworbenen
7 Faktormangelzuständen und sonstigen Koagulopathien, sofern sie mit einer dauerhaft
8 behandlungsbedürftigen Hypokoagulabilität verbunden sind:

9 D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

10 D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel

11 D68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom

12 D68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel

13 D68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

14 D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII

15 D68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige
16 Gerinnungsfaktoren

17 D68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete
18 Antikörper

19 D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren

20 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

21 D69.1 Qualitative Thrombozytendefekte

22 2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

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

24 Diagnostik

- 25 - Anamnese
- 26 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT)
- 27 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. Gastroskopie, Koloskopie)
- 28 - humangenetische Untersuchungen
- 29 - Infektionsdiagnostik (z. B. HIV, Hepatitis B und C)
- 30 - Körperliche Untersuchung
- 31 - Laboruntersuchungen (z. B. Klinische Chemie und Blutbild, Blutgruppenbestimmung und
32 weitere immunhämatologische Diagnostik, umfassende Gerinnungsdiagnostik mit
33 Einzelfaktorbestimmungen, Hemmkörperbestimmung- und Titration, immunologische
34 und HLA-Diagnostik)

35 Behandlung

- 36 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 37 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

- 38 - Behandlung in Notfallsituationen
- 39 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 40 Behandlungsfolgen
- 41 - Einleitung der Rehabilitation
- 42 - Gerinnungstherapie
- 43 - Medikamentöse Therapien
- 44 - Orthopädisch-unfallchirurgische Intervention
- 45 - Physikalische Therapie
- 46 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 47 - Transfusion von Blutkomponenten

48 **Beratung**

- 49 - zu Diagnostik, Behandlung und Therapiewahl (z. B. Immuntoleranz, Prophylaxe vs.
- 50 Bedarfsmedikation, Heimselbstbehandlung)
- 51 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 52 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 53 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 54 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 55 - zu Rehabilitationsangeboten
- 56 - zu Sexualität und Familienplanung (einschließlich Zyklusregulation)
- 57 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 58 - zu Verhalten in Notfallsituationen: Die Information erfolgt mittels eines Notfallausweises.
- 59 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 60 - zur Ernährung
- 61 - zur Kontrolle der Physiotherapie
- 62 - zur Präparatewahl (Heimselbstbehandlung, rekombinante vs. Plasmapräparate, Dosis)
- 63 - zur Prävention
- 64 - zur Schulung von Patientinnen und Patienten und Personen aus dem häuslichen Umfeld in
- 65 Bezug auf die Heimselbstbehandlung
- 66 - zur Zahnextraktion

67 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

68 **3.1 Personelle Anforderungen**

69 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie erfolgt durch ein
70 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

71 **a) Teamleitung**

- 72 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- 73 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung
- 74 Hämostaseologie oder
- 75 - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

76 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
77 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie benannt
78 werden.

79 **b) Kernteam**

80 Zusätzlich zur Teamleitung mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit
81 Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie:

- 82 - Innere Medizin
 83 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
 84 - Transfusionsmedizin
- 85 Sofern Teamleitung Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, muss
 86 mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung
 87 Hämostaseologie und der Facharztweiterbildung
- 88 - Innere Medizin oder
 89 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 90 Teil des Kernteams sein.
- 91 Teil des Kernteams ist auch:
- 92 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 93 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 94 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie zu
 95 benennen.
- 96 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten
 97 Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
 98 Jugendmedizin zu benennen.

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

- 99 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 100 - Allgemeinchirurgie
 101 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 102 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 103 - Humangenetik
 104 - Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
 105 - Laboratoriumsmedizin
 106 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 107 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
 108 Psychotherapeut
 109 - Radiologie
- 110 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein
 111 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
 112 Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
 113 Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-
 114 und Jugend-Gastroenterologie als Teammitglied benannt werden.
- 115 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**
- 116 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:

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

119 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
120 mit sozialen Beratungsangeboten

121 – Physiotherapie

122 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

123 b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:

124 – Zahnheilkunde

125 Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.

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

128 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung
129 Hämostaseologie

130 – Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

131 – Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

132 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
133 erforderliche bildgebende Diagnostik.

134 d) folgende räumliche und technische Ausstattung vorgehalten wird: permanente
135 Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten

136 3.3 Dokumentation

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

140 3.4 Mindestmengen

141 Das Kernteam muss mindestens 30 Patientinnen und Patienten mit schwerer Hämophilie
142 (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft
143 behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandeln.

144 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
145 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
146 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im
147 Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach
148 § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt
149 wurden.

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

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

155 4 Überweisungserfordernis

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

158 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
 159 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
 160 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
 161 Überweisungserfordernis.

162 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

163 5 Appendix

*Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen
 Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle*

GKV-SV, KBV, PatV

~~(Spezifizierung des Behandlungsumfanges
 anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3
 der Richtlinie~~

DKG

**(Spezifizierung des
 Behandlungsumfanges anhand des EBM)**

164 Präambel

165 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen
 166 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach
 167 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA
 168 nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen
 169 Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Hämophilie dieser
 170 Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter
 171 Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den
 172 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des
 173 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser
 174 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

175 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
 176 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
 177 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
 178 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
 179 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
 180 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
 181 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des
 182 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des
 183 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen
 184 in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem
 185 Abschnitt 1.6.~~

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

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

191 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss **prüft** jährlich
 192 **regelmäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix**. Hierfür nimmt er
 193 Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des~~
 194 **Appendix** auf.

195 [Appendix „Hämophilie“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

196

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

197 **d) neuromuskuläre Erkrankungen**

198 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

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

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

203 G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

204 G14 Postpolio-Syndrom

205 G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie

206 G61.- Polyneuritis

207 G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten

208 G71.- Primäre Myopathien

209 G72.3 Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung

210 G72.4 Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert

211 G72.88 Sonstige näher bezeichnete Myopathien

212 G73.0* Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten

213 G73.1* Lambert-Eaton-Syndrom

214 G73.2* Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen

215 G73.3* Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

216 G73.4* Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

217 G73.5* Myopathie bei endokrinen Krankheiten

218 G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

219 M33.- Dermatomyositis-Polymyositis

220 M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48[†])

221 M60.1- Interstitielle Myositis

222 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

224 **Diagnostik**

225 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale
226 Echokardiographie, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik

227 - Anamnese

228 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung,
229 Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung
230 (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)

231 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
232 Osteodensitometrie)

- 233 - Humangenetische Untersuchungen
- 234 - Körperliche Untersuchung
- 235 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik
- 236 - Lungenfunktionsdiagnostik
- 237 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 238 Patienten entnommenen Materials
- 239 - Molekulargenetische Untersuchungen
- 240 - Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- 241 - Punktionen und Biopsien
- 242 - Schluckdiagnostik

243 **Behandlung**

- 244 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 245 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- 246 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 247 - Behandlung in Notfallsituationen
- 248 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 249 Behandlungsfolgen
- 250 - Einleitung der Rehabilitation
- 251 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 252 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 253 - Perkutane Gastrostomie
- 254 - Physikalische Therapie
- 255 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 256 - Schmerztherapie

257 **Beratung**

- 258 - zu Diagnostik und Behandlung
- 259 - zu Heilmitteln
- 260 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 261 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 262 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 263 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 264 - zur Ernährung
- 265 - zur operativen Versorgung
- 266 - zu Rehabilitationsangeboten
- 267 - zu Sexualität und Familienplanung
- 268 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 269 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

270 **Weitere spezifische Leistungen:**

- 271 - Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie
- 272 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie
- 273 (FDG-PET)
- 274 - bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht
- 275 auf ein Thymomrezidiv,
- 276 - bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer
- 277 paraneoplastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,

- 278 - bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese
 279 und negativem oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -
 280 MRT von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie,
 281 Antikörperdiagnostik)

282 3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

283 3.1 Personelle Anforderungen

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

286 a) Teamleitung

- 287 - Neurologie

288 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder
 289 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt
 290 werden.

291 b) Kernteam

- 292 - Innere Medizin und Kardiologie
 293 - Innere Medizin und Pneumologie
 294 - Neurologie

295 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 296 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Fachärztin
 297 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-
 298 Kardiologie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-
 299 Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen.

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

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED

DKG

Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.

GKV-SV, KBV, PatV

[keine Aufnahme]

303 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- 304 - Augenheilkunde
 305 - Humangenetik
 306 - Innere Medizin und Gastroenterologie
 307 - Innere Medizin und Rheumatologie
 308 - Laboratoriumsmedizin
 309 - Neuropathologie
 310 - Nuklearmedizin
 311 - Orthopädie und Unfallchirurgie

- 312 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 313 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
 314 Psychotherapeut
 315 - Radiologie

316 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden.

317 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 318 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
 319 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
 320 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-
 321 und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
 322 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein
 323 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
 324 Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-
 325 Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

326 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

- 330 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare
 331 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- 332 – Ergotherapie
- 333 – Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- 334 – Physikalische Therapie
- 335 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
 336 besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)

337 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

338 **b)** eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
 339 einer beziehungsweise einem der folgenden Ärztinnen beziehungsweise Ärzte
 340 besteht:

- 341 – Neurologie
- 342 – Innere Medizin und Kardiologie
- 343 – Innere Medizin und Pneumologie

344 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
 345 erforderliche bildgebende Diagnostik.

346 **c)** die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

347 **d)** Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
 348 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und
 349 Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten
 350 Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

351 3.3 Dokumentation

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

355 3.4 Mindestmengen

356 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer
357 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
358 gesicherter Diagnose behandeln.

359 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
360 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
361 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im
362 Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach
363 § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt
364 wurden.

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

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

370 4 Überweisungserfordernis

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

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

377 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

378 5 Appendix

*Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen
Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle*

GKV-SV, KBV, PatV

~~(Spezifizierung des Behandlungsumfanges
anhand des EBM)~~ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3
der Richtlinie

DKG

(Spezifizierung des
Behandlungsumfanges anhand des EBM)

379 Präambel

380 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen
381 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach
382 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA
383 nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen
384 Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage neuromuskuläre
385 Erkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung

386 konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten
387 Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen
388 Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V
389 gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

390 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~
391 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen~~
392 ~~Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen~~
393 ~~Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des~~
394 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten~~
395 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)~~
396 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des~~
397 ~~EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des~~
398 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen~~
399 ~~in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem~~
400 ~~Abschnitt 1.6.~~

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

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

406 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich
407 ~~regelmäßig den Behandlungsumfang~~ Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er
408 Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des
409 Appendix auf.

410 [Appendix „Neuromuskuläre Erkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

411 **e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen**

412 **Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**

413 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

414 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
415 mit Sarkoidose.

416 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose im Sinne der Richtlinie zählen
417 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

418 D86.- Sarkoidose

419 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

421 **Diagnostik**

- 422 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 423 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheteruntersuchung)
- 424 Herzfunktionsdiagnostik
- 425 - Anamnese
- 426 - Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Augenhintergrunduntersuchung, Visus-
- 427 und Refraktionsbestimmung, Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Perimetrie,
- 428 Schirmertest, Augendruckmessung)
- 429 - Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT
- 430 inklusive kardiale Bildgebung, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 431 - Endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren
- 432 - Körperliche Untersuchung
- 433 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik, Serologischer und
- 434 mikrobiologischer Nachweis von Krankheitserregern einschließlich gegebenenfalls
- 435 Resistenzbestimmung
- 436 - Liquordiagnostik
- 437 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 438 Patienten entnommenen Materials
- 439 - Neurophysiologische Untersuchungen
- 440 - Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 441 - Punktionen und Biopsien

442 **Behandlung**

- 443 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 444 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 445 - Behandlung in Notfallsituationen
- 446 - Behandlung von Therapie Nebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 447 Behandlungsfolgen
- 448 - Einleitung der Rehabilitation
- 449 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 450 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie

- 451 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 452 - Schmerztherapie

453 **Beratung**

- 454 - zu Diagnostik und Behandlung
- 455 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 456 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 457 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 458 - zu Rehabilitationsangeboten
- 459 - zu Sexualität und Familienplanung
- 460 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 461 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 462 - zur Ernährung

463 **Weitere spezifische Leistungen:**

- 464 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
- 465 oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-
- 466 DOTA-NOC
- 467 - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen
- 468 kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-
- 469 EKG,
- 470 - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und
- 471 Verdacht auf Sarkoidose
- 472 als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden
- 473 Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist.

474 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

475 **3.1 Personelle Anforderungen**

476 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose erfolgt durch ein

477 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

478 **a) Teamleitung**

- 479 - Innere Medizin und Pneumologie oder
- 480 - Innere Medizin und Rheumatologie

481 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder

482 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-

483 Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt

484 werden.

485 **b) Kernteam**

- 486 - Innere Medizin und Pneumologie
- 487 - Innere Medizin und Rheumatologie

488 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein

489 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-

490 Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen.

491 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten

492 Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
493 Jugendmedizin zu benennen.

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
<p>DKG</p> <p>Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.</p>	<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>[keine Aufnahme]</p>

494 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 495 - Augenheilkunde
- 496 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 497 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 498 - Innere Medizin und Kardiologie
- 499 - Laboratoriumsmedizin
- 500 - Neurologie
- 501 - Nuklearmedizin
- 502 - Pathologie
- 503 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 504 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 505 Psychotherapeut
- 506 - Radiologie

507 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
508 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
509 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
510 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
511 oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt
512 Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
513 Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie als
514 Teammitglied benannt werden.

515 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

- 519 – Transplantationszentren (Lunge)
- 520 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare
- 521 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- 522 – Physikalische Therapie

523 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

524 **b)** eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
525 einer oder einem der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht:

- 526 – Innere Medizin und Pneumologie
- 527 – Innere Medizin und Rheumatologie

528 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
529 erforderliche bildgebende Diagnostik.

530 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

531 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
532 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und
533 Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten
534 Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

535 3.3 Dokumentation

536 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
537 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die
538 Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu
539 dokumentieren.

540 3.4 Mindestmengen

541 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer
542 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
543 gesicherter Diagnose behandeln.

544 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
545 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
546 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im
547 Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach
548 § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt
549 wurden.

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

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

555 4 Überweisungserfordernis

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

558 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
559 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
560 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
561 Überweisungserfordernis.

562 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

563 5 Appendix

*Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen
Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle*

GKV-SV, KBV, PatV

DKG

(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)
--	--

564 **Präambel**

565 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen
566 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach
567 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA*
568 *nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen
569 Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Sarkoidose dieser
570 Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter
571 Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den
572 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des
573 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser
574 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

575 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~
576 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen~~
577 ~~Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen~~
578 ~~Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des~~
579 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten~~
580 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)~~
581 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des~~
582 ~~EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des~~
583 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen~~
584 ~~in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem~~
585 ~~Abschnitt 1.6.~~

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

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

591 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss **prüft** jährlich
592 **regelmäßig den Behandlungsumfang** ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er
593 Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des~~
594 ~~Appendix~~ auf.

595 **Appendix „Sarkoidose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL***

596

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

597 **f) biliäre Zirrhose [unbesetzt]***

598

** Hinweis: Die biliäre Zirrhose wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.*

599 g) **primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt]***

600

* Hinweis: Die primär sklerosierende Cholangitis wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.

601 **h) Morbus Wilson**602 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

603 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
604 mit Morbus Wilson.

605 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson im Sinne der Richtlinie zählen
606 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

607 E83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels

608 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

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

610 **Diagnostik**

- 611 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 612 - Anamnese
- 613 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- 614 - Biopsien und Punktionen
- 615 - Elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale)
- 616 - Endoskopie des Gastrointestinaltrakts einschließlich interventioneller Verfahren (z. B.
617 ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- 618 - Körperliche Untersuchung
- 619 - Laboruntersuchungen
- 620 - Makroskopische, mikroskopische, zytologische und histologische Untersuchungen bei
621 Patienten entnommenen Materials
- 622 - Mutationsdiagnostik

623 **Behandlung**

- 624 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 625 - Behandlung in Notfallsituationen
- 626 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
627 Behandlungsfolgen
- 628 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 629 - Einleitung der Rehabilitation
- 630 - Medikamentöse Therapien
- 631 - Physikalische Therapie
- 632 - Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 633 - Therapeutische Punktionen

634 **Beratung**

- 635 - zu Diagnostik und Behandlung
- 636 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 637 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und
638 Familienplanung)
- 639 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 640 - zu Rehabilitationsangeboten
- 641 - zu Verhalten in Notfallsituationen

- 642 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 643 - zur Ernährung

644 **Weitere spezifische Leistungen:**

- 645 - Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und
- 646 Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

647 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

648 **3.1 Personelle Anforderungen**

649 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson erfolgt in einem
650 interdisziplinären Team gemäß § 3 ASV-RL.

651 **a) Teamleitung**

- 652 - Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- 653 - Neurologie

654 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
655 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder für Kinder- und
656 Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt
657 werden.

658 **b) Kernteam**

- 659 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 660 - Neurologie

661 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
662 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin
663 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
664 Jugend-Gastroenterologie zu benennen.

665 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten
666 Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für
667 Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED

DKG

Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.

GKV-SV, KBV, PatV

[keine Aufnahme]

668 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 669 - Augenheilkunde
- 670 - Humangenetik
- 671 - Innere Medizin und Nephrologie
- 672 - Laboratoriumsmedizin
- 673 - Pathologie

- 674 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 675 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 676 Psychotherapeut
- 677 - Radiologie

678 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 679 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
 680 Jugend-Nephrologie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder-
 681 und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als
 682 Teammitglied benannt werden.

683 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

684 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine
 685 Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen
 686 besteht:

- 687 – Transplantationszentren (Leber)
- 688 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 689 mit sozialen Beratungsangeboten

690 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

691 **3.3 Dokumentation**

692 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
 693 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die
 694 Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu
 695 dokumentieren.

696 **3.4 Mindestmengen**

697 Keine.

698 **4 Überweisungserfordernis**

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

701 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
 702 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
 703 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
 704 Überweisungserfordernis.

705 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

706 **5 Appendix**

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

707 **Präambel**

708 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen
 709 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach
 710 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA
 711 nach § 5a TT.Monat.JJJJ] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen
 712 Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Morbus Wilson dieser
 713 Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter
 714 Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den
 715 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des
 716 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser
 717 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

718 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~
 719 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen~~
 720 ~~Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen~~
 721 ~~Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des~~
 722 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten~~
 723 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)~~
 724 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des~~
 725 ~~EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des~~
 726 ~~Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen~~
 727 ~~in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem~~
 728 ~~Abschnitt 1.6.~~

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

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

734 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss **prüft** jährlich
 735 **regelmäßig den Behandlungsumfang** ~~Anpassungsbedarf des Appendix.~~ Hierfür nimmt er
 736 Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des~~
 737 ~~Appendix~~ auf.

738 [Appendix „Morbus Wilson“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

739

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

k) Marfan-Syndrom**1 Konkretisierung der Erkrankung**

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

Q87.4 Marfan-Syndrom und

verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können, z. B.

- Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,
- Loeys-Dietz-Syndrom,
- Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskulärer Typ)

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG-Untersuchungen) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung, Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsmessungen
- Orthopädische Funktionsdiagnostik

Behandlung

- Anlage von fixierenden Verbänden
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie

- Sexualberatung und Familienplanung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Herzchirurgie oder
- Innere Medizin und Kardiologie

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

b) Kernteam

- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

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

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
DKG Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.	GKV-SV, KBV, PatV <i>[keine Aufnahme]</i>

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik

- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie als Teammitglied benannt werden.

- Laboratoriumsmedizin

- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

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

- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

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

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung 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 Anzahl 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.

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Marfan-Syndrom dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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 prüft jährlich regelmäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

[Appendix „Marfan-Syndrom“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

I) **pulmonale Hypertonie**

1 **Konkretisierung der Erkrankung**

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie.

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

I27.0- Primäre pulmonale Hypertonie

I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie

P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

entsprechend der Nizza-Klassifikation

- Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1' oder 1'' der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 5.1 oder der Klasse 5.3 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne Klasse 3.2, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat), 5.2 oder der Klasse 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf

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

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale [TEE] und transthorakale [TTE] Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheter [gegebenenfalls mit pharmakologischer Testung])
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchung, Sonographie, Doppleruntersuchung, Ventilations-Perfusions-Szintigraphie, CT, MRT, Pulmonalarterienangiographie, Myokardszintigraphie)
- Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes
- Endoskopie des Respirationstraktes
- Humangenetische Untersuchungen (z. B. BMPR2, ALK1)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. Blutgasanalyse)
- Lungenfunktionsmessungen (z. B. Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Kohlenmonoxid [DLCO])
- Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen
- Spiroergometrie

Behandlung

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlung in Notfallsituationen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Kardiologie oder
- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

b) Kernteam

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED	
DKG Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.	GKV-SV, KBV, PatV [keine Aufnahme]

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut 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:
- Transplantationszentren (Lunge, Herz)
 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
 - Physiotherapie

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer beziehungsweise einem der folgenden Ärztinnen beziehungsweise Ärzte besteht:
- Innere Medizin und Kardiologie
 - Innere Medizin und Pneumologie

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

- c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

- d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung 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 Anzahl 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.

Bei pulmonaler Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich.

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
<p>GKV-SV, KBV, PatV</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie</p>	<p>DKG</p> <p>(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</p>

Präambel

Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom ~~TT.Monat.JJJJ~~ die abrechnungsfähigen ambulanten ~~Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges~~ obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom ~~[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]~~ die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage pulmonale Hypertonie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges 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 **prüft** jährlich **regelmäßig den Behandlungsumfang** ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

[Appendix „pulmonale Hypertonie“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*](#)

*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation *

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die ambulante Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation, die eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit folgenden Erkrankungen oder Zuständen kodiert mit:

Z94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression

Z94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression

T86.0- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-Host-Krankheit

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen inklusive PET; PET/CT, Osteodensitometrie)
- Endoskopische Untersuchungen einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierungen, Punktionen und Biopsien)
- Histologische, zytologische, zytogenetische und molekulargenetische Untersuchungen
- Immunphänotypisierung
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel Chimärismusanalyse)
- Lungenfunktionsmessungen (zum Beispiel Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Kohlenmonoxid (DLCO))
- Punktionen u.a. Knochenmark, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

* Es wird die noch nicht in Kraft getretene mit Beschluss vom 19.12.2024 zur „Ergänzung der Anlage 2 Buchstaben – Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation“ geänderte Fassung der ASV-RL zugrunde gelegt.

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 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
- Intrathekale Therapie
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien (inklusive Infusionstherapie und Immunsuppressive Therapie)
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Beratung und Betreuung zur sozialen Integration
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu risikoadaptierte Nachsorge
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- intensivierte Nachbetreuung nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen analog der intensivierten Nachbetreuung nach allogener Transplantation

hämatopoetischer Stammzellen im EBM

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Lymphomen und akuten Leukämien mit extramedullärem Befall nach allogener Stammzelltransplantation zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und bei Rezidivverdacht nicht zur regelmäßigen Verlaufskontrolle
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.

Die Teamleitung muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, die allogene Stammzelltransplantation durchführt.

b) Kernteam

- Haut- und Geschlechtskrankheiten

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

Zusätzlich können nur für die Weiterbehandlung gemäß 3.2 Nummer 1 auch Fachärztinnen und Fachärzte für

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

benannt werden. § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL gilt für dieses zusätzliche Teammitglied nicht.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Transfusionsmedizin benannt werden
- Urologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

1. Durch eine geeignete Organisation ist sicherzustellen, dass bei Benennung einer zusätzlichen Fachärztin beziehungsweise eines zusätzlichen Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie gemäß 3.1 Buchstabe b, für die § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6

ASV-RL nicht gilt, die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen der Weiterbehandlung (insbesondere zu Zeitpunkt der Einbindung und Aufgabenspektrum) vom Kernteam gemeinsam zu treffen ist.

2. 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
 - Physiotherapie
 - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen BeratungsangebotenHierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
 - b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
 - Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereit im ASV-Team vorhanden istHierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
 - c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
 - Innere Medizin, Hämatologie und OnkologieDie 24 Stunden Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.
 - d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen,
 - e) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
 - f) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
 - g) infektiöse Patientinnen und Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können,
 - h) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
 - i) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen

zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

- j) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- k) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- l) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- m) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird und
- n) eine Meldung der Krankheitsverläufe der Patientinnen und Patienten an Krebsregister entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes

3.3 Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen und die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Da die Teamleitung an einer Klinik tätig sein muss, die allogene Stammzelltransplantationen durchführt und damit die Anforderungen der Mindestmengenregelung des G-BA zur allogenen Stammzelltransplantation erfüllt, sind gesonderte Anforderungen zur Mindestmenge für die ASV nicht notwendig.

4 Überweisungserfordernis

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

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2024 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024.

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 „Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern (allogene Stammzelltransplantation)“*

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1.1 Primär biliäre Cholangitis (PBC)

K74.3 Primäre biliäre Cholangitis

K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose (auch Idiopathic adulthood ductopenia Syndrom (IAD) und Vanishing bile duct Syndrom)

K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet

1.2 Cholangitis

K83.0- Cholangitis

1.3 Autoimmunhepatitis (AIH)

K75.4 Autoimmune Hepatitis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete)

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.

b) Kernteam

- Zusätzlich zur Teamleitung: Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

<i>Folgedissens zu Anlage 1.1 c) CED</i>	
DKG	GKV-SV, KBV, PatV
Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder einer Zusatz-Weiterbildung benannt ist, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin benannt werden.	[keine Aufnahme]

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie

- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

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 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:
 - Transplantationszentren (Leber)
 - sozialen Diensten wie z. B. 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:

- Innere Medizin und Gastroenterologie

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

- c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer 1 genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung 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 Anzahl 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.

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix

<i>Folgedissens zur Präambel zum Appendix zur Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle</i>	
GKV-SV, KBV, PatV (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM) gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie	DKG (Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM)

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[hier einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a TT.Monat.JJJJ]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage ausgewählte seltene Lebererkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.~~

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

~~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 **prüft** jährlich **regelmäßig den Behandlungsumfang** ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*

**Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen



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

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: asv@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
18. Februar 2025

Durchwahl
-142

Datum
19. Februar 2025

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

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Aktualisierung ASV-RL**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Aktualisierung der ASV-RL.

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

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Von: [J.Gerhardt \(BPTK\)](#)
An: asv@g-ba.de; [Schmidt, Sabine](#)
Betreff: AW: G-BA - Einleitung Stellungnahmeverfahren zur Aktualisierung der ASV-RL
Datum: Donnerstag, 20. Februar 2025 11:13:35

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner, sehr geehrte Frau Schmidt,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 18. Februar 2025 und die Beteiligung am o. g. Verfahren. Die Bundespsychotherapeutenkammer verzichtet dieses Mal auf die Abgabe einer Stellungnahme.

Mit freundlichem Gruß

i. A. Judith Gerhardt

--

Judith Gerhardt [sie/ihr; she/her]
Assistentin der Geschäftsführung
Bachelor Professional for the Social Sector and Healthcare (CCI)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-13
Mobil: 0151 70021545
E-Mail: gerhardt@bptk.de
Website: www.bptk.de
Eintrag gemäß LobbyRG: [R001250](#)

--

Bitte beachten Sie: Diese E-Mail kann vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen enthalten. Der Inhalt ist ausschließlich für die bezeichneten Adressat*innen bestimmt. Wenn Sie nicht der*die richtige Adressat*in oder dessen*deren Vertretung sind, setzen Sie sich bitte mit der Absenderin der E-Mail in Verbindung. Jede Form der Veröffentlichung, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhalts fehlgeleiteter E-Mails ist unzulässig.

Von: Schmidt, Sabine <sabine.schmidt@g-ba.de> **Im Auftrag von** asv@g-ba.de
Gesendet: Dienstag, 18. Februar 2025 15:16
An: asv@g-ba.de
Cc: Schmidt, Sabine <sabine.schmidt@g-ba.de>
Betreff: G-BA - Einleitung Stellungnahmeverfahren zur Aktualisierung der ASV-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme. Die Anlagen sind im Extranet eingestellt, Sie können diese ab sofort herunterladen.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Eingang der Nachricht. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i.A. Sabine Schmidt
Referentin
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-547

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: asv@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Ambulante
spezialfachärztliche Versorgung

ausschließlich per E-Mail an:
asv@g-ba.de

Ihr Kontakt:
Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1505
(bitte immer angeben)

Dok.: 21877/2025

Anlage: -

Bonn, 04.03.2025

Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung der ASV-RL

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Zum oben genannten
Beschlussentwurf sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

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



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Datum	18.03.2025
Stellungnahme von	Bundesärztekammer

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
-/-

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In dem Anhang werden die Qualitätsanforderungen zur Strahlendiagnostik und -therapie modifiziert/ergänzt sowie die Anforderungen zur Kernspintomographie neu gefasst. Beide Anforderungen orientieren sich an den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß §135 Absatz 2 SGB V (im Folgenden „QS-Vereinbarungen“ genannt).</p> <p>Bei den modifizierten Qualitätsanforderungen, die sich auf die QS-Vereinbarung „Strahlendiagnostik/-therapie“ beziehen, ist dies in den Tragenden Gründen in keiner Weise ersichtlich. Dort heißt es in Nummer 2.4 „Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen“ lediglich: „In den Regelungen zur fachlichen Befähigung in der Strahlendiagnostik und -therapie wurde präzisiert, welche Fachärztinnen und Fachärzte jeweils die Anforderungen erfüllen, um die Leistungen der ASV durchzuführen.“ Dies erscheint recht intransparent gerade vor dem Hintergrund, dass hier dissente Passagen durch die Stellungnehmenden zu bewerten sind (s.u.).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme eines transparenten Verweises auf die QS-Vereinbarung „Strahlendiagnostik/-therapie“ in den Tragenden Gründen einschließlich Erläuterung, warum welche Regelungen der QS-Vereinbarung übernommen wurden.</p>
Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei den Qualitätsanforderungen für die Leistungsbereiche allgemeine Röntgendiagnostik, Computertomographie, Knochendichtemessung, allgemeine Kernspintomographie bzw. Kernspintomographie der Mamma schlägt der GKV-SV eine Begrenzung auf die im Beschlussentwurf konsentierten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Bezeichnungen der Weiterbildungsordnung vor.</p> <p>Die KBV schlägt als zusätzliche Option den „Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten [...] unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen und Ärzte“ in dem jeweiligen Leistungsbereich vor. Diese Formulierung lehnt sich an jene in § 5 QS-Vereinbarung „Strahlendiagnostik/ -therapie“ an. Bedauerlicherweise fehlen Erläuterungen der einzelnen Positionierungen in den Tragenden Gründen.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt eine Orientierung an den Bezeichnungen gemäß Weiterbildungsordnungen bei der Festlegung der Qualifikationsanforderungen in der ASV.</p> <p>In der Position der KBV wird aus Sicht der BÄK denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen, die Leistungserbringung im jeweiligen Leistungsbereich ermöglicht. Denn durch diese Regelung wird für im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte eine den QS-Vereinbarungen analoge Regelung geschaffen. Durch den Zusatz „unter Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen und Ärzte“ wird zudem ein zusätzlicher qualitätsrelevanter Aspekt ergänzt.</p>
--	--

Entwurf, Stand: 14.04.2025

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):
Aktualisierung der ASV-RL

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung der ASV-RL

Inhalt

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	19. Februar 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	20. Februar 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	4. März 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	18. März 2025	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung der ASV-RL

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am **27. März 2025** vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am **9. April 2025** durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 14. April 2025)
1.	Bundesärztekammer (BÄK)		
1.1	Bundesärztekammer (BÄK) vom 18. März 2025	<p>Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In dem Anhang werden die Qualitätsanforderungen zur Strahlendiagnostik und -therapie modifiziert/ergänzt sowie die Anforderungen zur Kernspintomographie neu gefasst. Beide Anforderungen orientieren sich an den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß §135 Absatz 2 SGB V (im Folgenden „QS-Vereinbarungen“ genannt).</p> <p>Bei den modifizierten Qualitätsanforderungen, die sich auf die QS-Vereinbarung „Strahlendiagnostik/-therapie“ beziehen, ist dies in den Tragenden Gründen in keiner Weise ersichtlich. Dort heißt es in Nummer 2.4 „Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen“ lediglich: „In den Regelungen zur fachlichen Befähigung in</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 14. April 2025)
		<p>der Strahlendiagnostik und -therapie wurde präzisiert, welche Fachärztinnen und Fachärzte jeweils die Anforderungen erfüllen, um die Leistungen der ASV durchzuführen.“ Dies erscheint recht intransparent gerade vor dem Hintergrund, dass hier dissente Passagen durch die Stellungnehmenden zu bewerten sind (s.u.).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufnahme eines transparenten Verweises auf die QS-Vereinbarung „Strahlendiagnostik/-therapie“ in den Tragenden Gründen einschließlich Erläuterung, warum welche Regelungen der QS-Vereinbarung übernommen wurden.</p>	<p>KBV, DKG, GKV-SV: danken für die Einschätzungen und empfehlen eine entsprechende Ergänzung in den TrGr sowie Verweis auf Beschluss vom 15.06.2023, mit dem die QS-Vereinbarungen zu diesem Leistungsbereich erstmals ergänzt wurden</p>
1.2	Bundesärztekammer (BÄK) vom 18. März 2025	<p>Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Bei den Qualitätsanforderungen für die Leistungsbereiche allgemeine Röntgendiagnostik, Computertomographie, Knochendichtemessung, allgemeine Kernspintomographie bzw. Kernspintomographie der Mamma schlägt der GKV-SV eine Begrenzung auf die im Beschlussentwurf konsentierten Fach-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 14. April 2025)
		<p>arzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Bezeichnungen der Weiterbildungsordnung vor.</p> <p>Die KBV schlägt als zusätzliche Option den „Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten [...] unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechender befugter Ärztinnen und Ärzte“ in dem jeweiligen Leistungsbereich vor. Diese Formulierung lehnt sich an jene in § 5 QS-Vereinbarung „Strahlendiagnostik/ -therapie“ an. Bedauerlicherweise fehlen Erläuterungen der einzelnen Positionierungen in den Tragenden Gründen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt eine Orientierung an den Bezeichnungen gemäß Weiterbildungsordnungen bei der Festlegung der Qualifikationsanforderungen in der ASV.</p> <p>In der Position der KBV wird aus Sicht der BÄK denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen, die Leistungserbringung im jeweiligen Leistungsbereich ermöglicht. Denn durch diese Regelung wird für im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte eine den QS-</p>	<p>DKG, KBV: danken der BÄK für die Einschätzung, die die Formulierung der KBV unterstützt und die von der DKG weitgehend geteilt werden kann, eine Ergänzung in den TrGr erfolgt entsprechend</p> <p>GKV-SV: dankt der BÄK für den Hinweis, alle relevanten Qualifikationsvoraussetzungen sind über den zweiten geänderten Spiegelstrich bereits abgedeckt</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 14. April 2025)
		Vereinbarungen analoge Regelung geschaffen. Durch den Zusatz „unter Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen und Ärzte“ wird zudem ein zusätzlicher qualitätsrelevanter Aspekt ergänzt.	

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 18. Februar 2025 eingeladen bzw.im Unterausschuss ASV angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesärztekammer (BÄK)	nein	nein