

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezial-
fachärztliche Versorgung § 116b SGB V:

Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe p - angeborene Ske-
lettsystemfehlbildungen

Vom 18. Dezember 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	16
4.	Verfahrensablauf.....	16
5.	Fazit	17
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	17

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 wird die ASV-RL in Anlage 2 Buchstabe p um Regelungen zur seltenen Erkrankung angeborene Skelettsystemfehlbildungen ergänzt. Der Regelungsauftrag des G-BA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung umfasst nach § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe d SGB V ausdrücklich angeborene Skelettsystemfehlbildungen als seltene Erkrankung. Angeborene Skelettsystemfehlbildungen waren bereits in Anlage 2 Nummer 3 Teil 1 Gegenstand der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL).

Da die Regelungen zu den angeborenen Skelettsystemfehlbildungen in der ASV-RL auf den jeweiligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL.

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

2.1 Aufbau

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

Die Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen ist wie folgt gegliedert:

1. Konkretisierung der Erkrankung
2. Behandlungsumfang
 - Diagnostik
 - Behandlung
 - Beratung
3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
 - 3.1 Personelle Anforderungen
 - a) Teamleitung
 - b) Kernteam
 - c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
 - 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
 - 3.3 Dokumentation
 - 3.4 Mindestmengen
4. Überweisungserfordernis

5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen, die eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen.

Es handelt sich um die erste ASV-Anlage aus dem Bereich der Fehlbildungen und diese bezieht sich auf die Behandlung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Die Konkretisierung der ABK-RL zu angeborenen Skelettfehlbildungen umfasst eine Vielzahl von Erkrankungen, die sowohl strukturelle als auch metabolisch bedingte angeborene Skelettfehlbildungen einschließt. Wie generell im Bereich der seltenen Erkrankungen, sind häufig mehrere spezifische Erkrankungen unter einem ICD-Code subsumiert, da nicht für alle Erkrankungen ein separater ICD-Code vorliegt.

Die von der ASV-Anlage zu Skelettsystemfehlbildungen erfassten Erkrankungen wurden grundsätzlich aus der ABK-RL übernommen und auf Grundlage von Codes der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2026) konkretisiert. Aus der ABK-RL wurden unter anderem die ICD-Kodes *M41.0- Idiopathische Skoliose beim Kind* und *M41.1- Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen* übernommen, bei denen jeweils durch den Klammerzusatz „(ab 20 Grad Cobb-Winkel)“ eine Eingrenzung der von der ASV erfassten Fälle auf ein bestimmtes Ausmaß der skoliotischen Fehlstellung definiert wird. Auch der ICD-Code *Q79.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems* wurde einschließlich des Klammerzusatzes „(amniotische Schnürfurchen)“ aus der ABK-RL übernommen, wobei durch den Klammerzusatz festgelegt wird, dass aus der Sammelkategorie Q79.8 ausschließlich amniotische Schnürfurchen als Fehlbildung von der ASV erfasst sind.

Dabei haben sich Änderungen im Vergleich zur ABK-RL ergeben.

Folgende ICD-Kodes wurden in diese Anlage der ASV-RL neu aufgenommen:

E83.31 Vitamin-D-abhängige Rachitis

Da der ICD-Code E83.31 Vitamin-D-abhängige Rachitis eine angeborene Störung des Knochenstoffwechsels mit möglichen Fehlbildungen des Skelettes umfasst, erfolgt die Aufnahme des ICD-Kode E83.31 in die ASV-Anlage. Auf die Aufnahme beispielsweise des zu unspezifischen ICD-Kode E83.39 wird verzichtet.

M61.1- Myositis ossificans progressiva

Diese mit einer weltweiten Prävalenz von 1:2.000.000 sehr seltene Erkrankung manifestiert sich meist während des ersten Lebensjahrzehnts mit sporadischen Episoden von schmerzhaftem Anschwellen der Weichteile. Es folgt eine voranschreitende Verknöcherung von Skelettmuskeln, Sehnen und Faszien, die mobilitätseinschränkend wirken können. Auslöser sind unter anderem Verletzungen oder Infektionen. Das Behandlungsziel ist das Vermeiden von Stürzen und Sturzfolgen sowie das Hinauszögern respiratorischer Einschränkungen. Eine Aufnahme in die Konkretisierung dieser ASV-Anlage scheint vor dem Hintergrund der Teamzusammensetzung und der fortschreitenden Einschränkung im Rahmen der Erkrankung angebracht.

M85.0- Fibröse Dysplasie (monostotisch)

Während der für den ICD-Code titelgebende monostotische Subtyp der fibrösen Dysplasie meist mit einer guten Prognose einhergeht und es einer genaueren Überwachung vorrangig

bei Patientinnen und Patienten mit polyostotischer Variante bedarf (Polyostotische fibröse Dysplasie [Jaffé-Lichtenstein-Syndrom] kodiert mit Q78.1 und in der Konkretisierung bereits enthalten), sind weitere seltene Skelettfehlbildungen vom Code M85.0- umfasst. Dies betrifft laut Orphanet unter anderem die Chondrodysplasie mit Gelenkkontrakturen (gPAPP-Typ). Diese Erkrankung manifestiert sich bereits pränatal mit Wachstumsstörungen und Fehlbildungen des Skelettsystems. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme dieser Indikation in die ASV-Anlage.

M88.- Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]

(Juveniles Paget-Syndrom)

Die unter M88.- kodierte juvenile Paget-Krankheit stellt eine sehr seltene Form der Paget-Erkrankung dar, deren Verlauf generalisiert und rasch fortschreitend ist und trotz Therapie mit einer schlechteren Prognose einhergeht. Die Prävalenz wird mit <1/1.000.000 angegeben, der Erbgang ist autosomal-rezessiv und der Erkrankungsbeginn liegt typischerweise im Säuglingsalter oder der Kindheit. Der pathologisch beschleunigte Knochenumbau führt zu strukturellen Veränderungen. Die Kinder fallen durch fortschreitende Skelettdeformitäten, Schmerzen, Wachstumsstörung, Frakturen, Bewegungseinschränkungen und Schwerhörigkeit auf. Aus den genannten Gründen erfolgt die Aufnahme dieses Syndroms in diese ASV-Anlage, wobei durch den einschränkenden Klammerzusatz „(Juveniles Paget-Syndrom)“ klargestellt wird, dass andere mit dem ICD-Code M88.- zu kodierenden Krankheiten nicht von dieser ASV-Anlage erfasst sind.

Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom

(vom nicht-vaskulären Typ)

Das Ehlers-Danlos-Syndrom (EDS) beschreibt ein komplexes und heterogenes Krankheitsbild angeborener Bindegewebserkrankungen, das derzeit in 13 Subtypen unterteilt wird. Die häufigste Form ist das hypermobile EDS, dessen Prävalenz Orphanet mit 1-5 / 10.000 angibt. Beim klassischen EDS liegen die Angaben von Orphanet bei 1-9 / 100.000. Die Prävalenz aller anderen Subtypen wird von Orphanet mit <1 / 1.000.000 angegeben.

Manifestationen der systemischen Erkrankung können unter anderem den Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Sehnen, Bänder, Knorpel, Muskeln, Faszien) aber auch die Haut, die Augen und die Zähne betreffen. Die Symptome treten häufig bereits im Kindesalter auf. Frühzeitige therapeutische Maßnahmen in der Entwicklung sollen insbesondere schwerwiegende Gelenkschäden verhindern und den Spontanverlauf der Erkrankung positiv beeinflussen. Aufgrund der zentralen Beteiligung des Skelettsystems und der Relevanz einer interdisziplinären Versorgung erfolgt die Aufnahme von EDS in die Konkretisierung dieser Anlage.

Da der vaskuläre Typ dieser Erkrankungsgruppe, der eine andere Teamzusammensetzung erfordert, bereits in der ASV-Anlage 2 k) Marfan-Syndrom sachgerecht betreut werden kann, hat der G-BA zur Abgrenzung zur Anlage 2 k) zusätzlich zum Titel der Subkategorie nach ICD-10-GM den Klammerzusatz „(vom nicht vaskulären Typ)“ aufgenommen. Dadurch wird gewährleistet, dass die verschiedenen Typen des EDS in der ASV in der jeweils am besten geeigneten Teamzusammensetzung versorgt werden können.

Q87.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, andernorts nicht klassifiziert

Unter diesem ICD-Code sind eine Vielzahl von sehr seltenen, teils komplexen Fehlbildungssyndromen zusammengefasst. Einige betreffen auch das Skelettsystem. Beispielhaft kann hier die X-chromosomal-dominant vererbte Chondrodysplasie, Typ Chassaing-Lacombe aufgeführt werden. Aus diesem Grund erfolgt die Ergänzung in der Konkretisierung dieser Anlage.

Folgende ICD-Kodes wurden nicht in die ASV-Anlage übernommen:

Q69.- Polydaktylie

Q70.- Syndaktylie

Diese Erkrankungen erfordern in der Regel nicht die Strukturen einer ASV, so dass sie nicht übernommen werden.

2.2.2 Behandlungsumfang

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

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

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

Die Aufnahme von diagnostischen, therapeutischen und beratenden Leistungen erfolgte in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL.

Diagnostik

Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen erfolgte im Grundsatz in Anlehnung an die bisher in Kraft getretenen Regelungen der ASV-RL Anlage 2. Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

In der ABK-RL umfasst die Diagnostik bereits die allgemeine Herzfunktionsdiagnostik. Diese wird mit Formulierung der ASV-RL um die spezielle Herzfunktionsdiagnostik ergänzt. Eine weiterführende kardiale Diagnostik kann beispielsweise im Kontext von strukturellen thorakalen Veränderungen sowie metabolischen Störungen mit Auswirkungen auf die Reizweiterleitung und Funktion des Herzmuskels indiziert sein.

Augenärztliche Diagnostik

Durch Erweiterung dieser ASV-Anlage um das EDS gewinnt diese Diagnostik zunehmend an Bedeutung. Die augenärztliche Diagnostik bleibt, wie bereits in der ABK-RL, im Behandlungsumfang enthalten.

Punktionen und Biopsien

Um klinische Befunde zu interpretieren, kann teilweise weitere Diagnostik indiziert sein. Dies umfasst die Gewinnung von Gewebeproben oder Flüssigkeiten für die anschließende pathologische Beurteilung. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme in den Behandlungsumfang.

Behandlung

Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und unerwünschten Behandlungsfolgen. Als Orientierung dienten die ABK-RL sowie andere ASV-Anlagen.

Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 6 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von

Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 6 ASV-RL erfüllt sind.

Ergänzungen:

Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen

Sollte zur Durchführung von Diagnostik oder kleinchirurgischen Eingriffen, welche bereits in der ABK-RL vorgesehen sind, Sedierung, Analgesie oder ein Narkoseverfahren notwendig sein, sollte dies auch im Rahmen der ASV ermöglicht werden. Vor allem in Anbetracht der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Patientinnen und Patienten mit potenziell komplizierten und atypischen anatomischen Verhältnissen ist diese Möglichkeit relevant. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme in den Behandlungsumfang.

Beratung

Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde inhaltlich angepasst.

Bereits in der ABK-RL war die psychosoziale Beratung ein Bestandteil des Beratungsumfanges. Bei dem chronischen und zumeist mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen verbundenen Krankheitsverlauf ist die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten von Patientinnen und Patienten, wie auch deren Bezugspersonen, essenziell und wird in die ASV-RL nach § 116b SGB V übernommen.

zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft

Angeborene Skelettsystemfehlbildungen können genetisch bedingt sein und somit Auswirkungen auf die Familienplanung haben. Ebenso können sie Einfluss auf die Sexualität der Betroffenen haben, sodass die Beratung zu beiden Aspekten in den Behandlungsumfang aufgenommen wurde. Dies umfasst auch eine grundlegende Beratung zur Schwangerschaft.

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

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

Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann die Ernährung den Verlauf von Skelettsystemfehlbildungen, insbesondere bei metabolisch bedingten, angeborenen Erkrankungen, die den Calcium-/Phosphat-Haushalt und damit den Knochenstoffwechsel betreffen, positiv verändern. Die Beratung zur speziellen enteralen Ernährung spielt hier ebenso eine Rolle wie die Beratung zur zeitweisen parenteralen Ernährung.

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

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

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

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

Die Festlegung der personellen Anforderung stellt vor dem Hintergrund des breiten Spektrums an eingeschlossenen Erkrankungen eine Herausforderung dar. Dies betrifft in der ersten und zweiten Ebene vorrangig das Gebiet der Inneren Medizin. Die Expertise zu Erkrankungen des Knochens ist innerhalb des Gebietes Innere Medizin breit verankert und in mehreren Fachgruppen Weiterbildungsinhalt gemäß Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Eine spezifische Zusatzqualifikation zu Erkrankungen des Skelettsystems oder des Knochens findet sich innerhalb der MWBO nicht.

Da sich in der MWBO sowohl für die internistischen Fachgruppen Endokrinologie und Diabetologie, Nephrologie als auch Rheumatologie Weiterbildungsinhalte mit Bezug zu Knochenstoffwechsel, Knochenerkrankungen und den Knochen betreffende Folgeerkrankungen endokriner Regulationsstörungen finden, ist eine klare Abgrenzung zwischen diesen drei Fachgruppen nicht möglich. Vielmehr werden diese Fachgruppen innerhalb der Inneren Medizin als grundsätzlich gleichwertig eingeschätzt, was das Einbringen internistischer Expertise mit Bezug zum Knochenstoffwechsel betrifft. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen und dem breiten Indikationsspektrum ist die spezifische Expertise für die jeweilige Einzelerkrankung jedoch nicht einer bestimmten Fachgruppe oder allen Fachgruppen gemeinsam zuzuordnen. Die erforderliche Expertise variiert und ist davon abhängig welche Erkrankungen im Einzelnen durch das Team behandelt werden.

a) Teamleitung

Angelehnt an die Regelungen der ABK-RL und unter Berücksichtigung der Übertragung in die ASV-Anlage kann die Koordination des Teams innerhalb der Inneren Medizin einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Nephrologie oder Innere Medizin und Rheumatologie obliegen. Die Teamleitung kann alternativ dazu durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgen.

Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die Möglichkeit eröffnet, alternativ eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie, eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen. Alternativ kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie benannt werden. Der G-BA ermöglicht den Fachgruppen auf diesem Wege die Leitungsfunktion, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln.

Der Deutsche Ärztetag 2025 hat die MWBO dahingehend geändert, dass die bisherigen Zusatzweiterbildungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin zu Schwerpunkt-Weiterbildungen werden. Mit der Aufnahme der Schwerpunkt- statt der bisherigen Zusatz-Weiterbildungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin vollzieht der G-BA diese Änderung der MWBO in dieser Anlage der ASV-RL nach. Nach § 3 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie schließen die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen auch Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. Da bei Überführung der bisherigen Zusatz-Weiterbildungen des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunkt-Weiterbildungen in der MWBO weder Weiterbildungsinhalte, noch Weiterbildungszeiten oder das Prüfungserfordernis geändert wurden, sind die alten Zusatzbezeichnungen gleichwertig mit der neuen Schwerpunktweiterbildungen, so dass zur Erfüllung der personellen

Anforderungen statt oder neben entsprechender Fachärztinnen und Fachärzte mit Schwerpunkt-Weiterbildung auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatz-Weiterbildung benannt werden können.

b) Kernteam

Für das Gebiet Innere Medizin ist mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt mit einer der im Beschluss genannten Facharztbezeichnungen zu benennen.

Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Aufgrund der fachgruppenübergreifenden Expertise bezüglich der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Knochens und vor dem Hintergrund der Seltenheit der von der Konkretisierung umfassten angeborenen Erkrankungen des Skelettsystems, ist nicht in jedem Fall die Vorhaltung aller im Kernteam genannten internistischen Fachgruppen notwendig und vorgesehen. Es obliegt dem jeweiligen Team, welche der drei genannten Fachgruppen innerhalb der Inneren Medizin einbezogen wird. Es ist jedoch mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Nephrologie oder Innere Medizin und Rheumatologie für das Kernteam zu benennen. Damit werden gegenüber der ABK-RL die Fachgruppen Innere Medizin und Nephrologie oder Innere Medizin und Rheumatologie im Team ergänzt. Diese Regelungen sollen die Einbindung der für das jeweilige Erkrankungsspektrum erforderlichen Expertise ermöglichen, ohne, dass Fachärztinnen und Fachärzte im Team vorgehalten werden müssen, die nicht in die Behandlung eingebunden werden, was sonst die Bildung von ASV-Teams erschweren würde.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie oder -Nephrologie oder -Rheumatologie vorgesehen, da die Expertise eines Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist.

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

Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit diesen Schwerpunkten bestehen, ist die Benennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne Schwerpunkt möglich, falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist und somit die Teambildung erschwert würde.

Zusätzlich ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie zu benennen. Dies ist vor dem Hintergrund relevant, dass Therapiekonzepte von jenen in der Erwachsenenmedizin abweichen können, wenn es sich um ein heranwachsendes Kind oder Jugendlichen handelt und damit ein noch im Wachstum befindliches Skelettsystem betrifft.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

Gemäß § 3 Absatz 2 Satz 7 ASV-RL sind die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. Neben bereits in der ABK-RL verorteten Facharztgruppen wurde die ASV-Anlage um Weitere ergänzt.

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

- Augenheilkunde

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende Fachärztinnen und Fachärzte benannt werden:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie.

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

Anästhesiologie

Sollte zur Durchführung von Diagnostik oder kleinen chirurgischen Eingriffen, welche bereits in der ABK-RL vorgesehen sind, Sedierung, Analgesie oder ein Narkoseverfahren notwendig sein, sollte dies auch ermöglicht werden. Vor allem in Anbetracht der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie potenziell komplizierten und atypischen anatomischen Verhältnissen ist diese Möglichkeit relevant. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme der Anästhesiologie in die Ebene der Hinzuzuziehenden.

bei EDS auch Haut- und Geschlechtskrankheiten

Durch Erweiterung dieser ASV-Anlage um das EDS gewinnt diese Facharztgruppe an Bedeutung für spezifische Fragestellungen und wird ins Team als Hinzuzuziehende aufgenommen, wenn das Team auch Patientinnen oder Patienten mit der Diagnose EDS versorgt.

Innere Medizin und Gastroenterologie

Eine relevante Anzahl der von der Konkretisierung umfassten Patientinnen und Patienten ist von gastrointestinalen Symptomen betroffen. Diese entstehen durch Funktionsstörungen im Verdauungstrakt, sekundäre Auswirkungen des Stoffwechsels oder durch begleitende Organfehlbildungen. Aus diesem Grund wird die Fachgruppe unter den Hinzuzuziehenden aufgenommen.

Laboratoriumsmedizin

Die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin wird wegen ihrer grundsätzlichen Relevanz in die Anlage aufgenommen.

Diese Fachgruppe analysiert mit Hilfe von morphologischen, chemischen, physikalischen, immunologischen, biochemischen, immunchemischen, molekularbiologischen Untersuchungsverfahren Körperflüssigkeiten und Gewebe und ist unverzichtbar für die Diagnostik und auch Bewertung und Prognoseabschätzung therapeutischer Maßnahmen.

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Skelettfehlbildungen können zu relevanten Beeinträchtigungen der Knochenstruktur und Gelenkfunktion des Kiefers sowie Veränderung der Zähne führen. Aus diesem Grund wird die Fachgruppe Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie unter den Hinzuzuziehenden aufgenommen.

Nuklearmedizin

Nuklearmedizinische Diagnostik kann im Rahmen der Beurteilung des Skelettsystems erforderlich sein, sodass diese Fachgruppe im Team ergänzt wurde.

Pathologie

Im Rahmen der Diagnostik dieser Anlage ist die Einbindung der pathologischen Fachexpertise medizinisch erforderlich. Daher wird die Facharztgruppe Pathologie in der dritten Ebene des Behandlungsteams ergänzt.

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Erwachsene

Angeborene Skelettfehlbildungen können zu psychischen Belastungen von Patientinnen und Patienten führen. Um diesen die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung zu bieten, muss mindestens eine der Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene im Team verfügbar sein. Letztgenannte Fachgruppe bildet eine neue Berufsgruppe ab, die als weitere Möglichkeit für die psychologische Betreuung als zusätzliche Alternative zu den Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Anlage aufgenommen wird. Dies geht auf das am 15. November 2019 beschlossene und am 1. September 2020 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zurück, mit dem das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz –PsychThG) grundlegend überarbeitet und die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten reformiert wurde. Ein insgesamt fünfjähriges Direktstudium wird mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt und befähigt zu einer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann eine Fachärztin oder ein Facharzt benannt werden:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche

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

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie benannt werden.

Dies folgt dem Umstand, dass der Behandlungsumfang auch die Versorgung mit Hörgeräten umfasst. Laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer verfügen jedoch nur wenige Ärztinnen und Ärzte über die entsprechende Expertise. Um die Teambildung nicht zu erschweren, wurde deshalb für ihre Einbindung eine Kann-Regelung vorgesehen.

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie

Ein Hervorheben dieser Zusatz-Weiterbildung ist nicht erforderlich. Die GOP 30700 Grundpau-schale schmerztherapeutischer Patient ist im Appendix zugeordnet; diese unterliegt der Qua-litätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerz-kranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V, die wiederum das Vorhandensein der Zusatz- Wei-terbildung fordert. Somit ist davon auszugehen, dass die entsprechende Expertise ohnehin im Team vorhanden ist.

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden folgende Facharztgrup-pen nicht ins ASV-Team aufgenommen:

Neurochirurgie

Die Einbindung dieser Fachgruppe ist bei der Behandlung der in dieser Anlage adressierten Patientinnen und Patienten mit Skelettsystemfehlbildungen nicht regelhaft erforderlich, so-dass sie nicht in das interdisziplinäre Team übernommen wurde. Wenngleich bei einzelnen Erkrankungen mögliche Konsultationsanlässe denkbar sind, soll durch die Eingrenzung des Teams die bereits herausfordernde Teambildung nicht weiter erschwert werden.

Zahnheilkunde und Kieferorthopädie

Gemäß § 116b Absatz 2 Satz 1 können zugelassene Krankenhäuser und an der vertragsärztli-chen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer an der ASV teilnehmen. Zahnärztinnen und Zahnärzten ist eine Teilnahme an der ASV nicht möglich, sodass die Zahnärzte und das zahn-ärztliche Fachgebiet Kieferorthopädie nicht Teil des interdisziplinären Teams sind. Da die je-weilige Expertise im Rahmen der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Skelettsys-temfehlbildungen erforderlich sein kann, waren sie Teil der Konkretisierung der ABK-RL. In der ASV ist vor diesem Hintergrund für das zahnärztliche Fachgebiet Kieferorthopädie eine Veror-tung in Nummer 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen erfolgt.

2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet wer-den, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a. eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtun-gen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behand-lungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozialen Beratungsangeboten“. Dies ge-währleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezo-gene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapierelevanten Informationsaustausch ermöglichen.

Die Anforderungen an die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsfachdisziplinen Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Orthopädietechnikmechaniker, und Physiotherapie wurden grundsätzlich aus der ABK-RL übernommen. Auch ist eine Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten vorgesehen.

Kieferorthopädie

Die Fachgruppe Kieferorthopädie war im Rahmen der ABK-RL im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Skelettsystemfehlbildungen einbezogen. Da eine Aufnahme zahnärztlicher Fachgebiete in das interdisziplinäre Team in der ASV nicht möglich ist (vgl. Erläuterungen oben unter 2.2.3.1 Buchstabe c), ist nunmehr in dieser Anlage der ASV-RL eine Zusammenarbeit vorgesehen. Der G-BA sieht über die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Kieferorthopäden und durch die Facharztgruppe Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie im Team eine ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet.

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

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

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie.

2.2.3.3 Dokumentation

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

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

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

2.2.3.4 Mindestmengen

Keine.

2.2.4 Überweisungserfordernis

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

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

2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

Dadurch wird der G-BA der ihm vom Gesetzgeber zugeschriebenen Kompetenz gerecht, den Behandlungsumfang zu definieren und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) nach § 87 Absatz 5a SGB V insbesondere seinen Aufgaben nach § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V nachkommen kann.

Der Appendix ist in zwei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend in Abschnitt 1 benannt.

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

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

Grundlage für den Ziffernkranz bei der Behandlung der angeborenen Skelettsystemfehlbildungen ist der 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 2025 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2025. Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergBA nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergBA nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Der Regelungsauftrag des G-BA zur Bestimmung des Behandlungsumfangs der ASV gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V macht es nicht erforderlich, den Behandlungsumfang in der ASV-RL dauerhaft über GOPen des EBM zu konkretisieren. Ein Appendix in der ASV-RL tritt daher nach § 5a ASV-RL außer Kraft, wenn der entsprechende Beschluss des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen in Kraft getreten ist und keine Beanstandung des entsprechenden Beschlusses des ergBA durch das BMG erfolgt ist. Durch das Außerkrafttreten der Appendizes in der ASV-RL wird dem ergBA die Möglichkeit eröffnet, die abrechnungsfähigen ASV-Leistungen zügiger an EBM-Aktualisierungen anzupassen, ohne dass diesen Anpassungen normative Appendizes in der ASV-RL entgegenstehen, die auf älteren Fassungen des EBM beruhen.

Der G-BA prüft regelmäßig den Anpassungsbedarf des Behandlungsumfangs. Der G-BA geht davon aus, dass der ergBA nach § 87 Absatz 5a SGB V im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Behandlungsumfang ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA erteilt. Soweit zur Änderung der Bestimmung des Behandlungsumfangs erforderlich, beschließt der G-BA gemäß § 5a Absatz 1 Satz 3 ASV-RL einen Anpassungs-Appendix, der sich auch auf einzelne Leistungen beschränken kann.

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

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

Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese von den vertragsärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der ASV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung des § 5 Absatz 1 Satz 6 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

Die Definition der GOP des Appendix erfolgte analog dem Aufbau des EBM:

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine GOP

Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den erkrankungsspezifischen Regelungen vorgesehen sind, die z. B. Koordination der Behandlung, Verfassen von Gutachten oder Erstellen von Kurplänen betreffen, sind innerhalb des EBM im Bereich II abgebildet. Die entsprechenden GOP wurden dem Kernteam zugeordnet, da dieses gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL in der Regel in die Behandlung eingebunden ist.

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

Bereich III Arztgruppenspezifische GOP

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

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

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

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

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

Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

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 119.953 Euro und einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 239.350 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten befindet sich in **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 15. Januar 2025 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 22. Juli 2025 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 12 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
8. November 2024	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen
15. Januar 2025	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
19. Februar 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
5. März 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
15. April 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
15. Mai 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
17. Juni 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Juli 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
22. Juli 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
30. Juli 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
6. August 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. August 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
17. September 2025	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

28. Oktober 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
12. November 2025	UA ASV	Beschlussempfehlung an das Plenum
18. Dezember 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 – Buchstabe p angeborenen Skelettsystemfehlbildungen Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung vom 17. September 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 22. September 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 20. Oktober 2025.

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die BfDI meldeten fristgerecht den Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme (**Anlage 4**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **18. Dezember 2025** beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V zu ändern: Ergänzung der Anlage 2 – Buchstabe p angeborenen Skelettsystemfehlbildungen.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht mit.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der ASV-RL sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 4: Rückmeldungen

Berlin, den 18. Dezember 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe p – angeborene Skelettsystemfehlbildungen

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 der G-BA 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.

Bei dem vorliegenden Beschluss handelt es sich um eine Konkretisierung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL. Mit diesem Beschluss wird die Anlage 2 der ASV-RL zu seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen um Buchstabe p – angeborene Skelettsystemfehlbildungen ergänzt. Die hier vorliegende Ermittlung der Bürokratiekosten bezieht sich auf die in dieser Konkretisierung enthaltenen Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und berücksichtigt darüber hinaus auch die im allgemeinen Paragrafenteil der ASV-RL enthaltenen Informationspflichten, da diese erst im Zusammenhang mit der vorliegenden Konkretisierung ausgewiesen werden können.

Hinsichtlich der Vorgabe in § 15 Satz 2 ASV-RL, wonach die Information der Patientinnen und Patienten über die Versorgungsform, das behandelnde interdisziplinäre Team sowie dessen Leistungsspektrum zu dokumentieren ist, wird davon ausgegangen, dass diese Dokumentation der Patienteninformation eine Anforderung mit hohem Sowieso-Kosten-Anteil darstellt. Insofern wird dieser Dokumentationsaufwand als gering eingeschätzt und ist daher an dieser Stelle hinsichtlich der Quantifizierung zu vernachlässigen. Gleiches gilt für die Vorgabe in § 15 Satz 3 ASV-RL, wonach der Patientin bzw. dem Patienten im Rahmen des Überleitungsmanagements eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen ist. Darüber hinaus ergeben sich aus dem Beschluss die nachstehend genannten Informationspflichten.

1. Anzeigeverfahren

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 ASV-RL haben Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. Diese Anzeigepflicht beruht auf der entsprechenden Vorgabe des Gesetzgebers in § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V und löst für Krankenhäuser das Zulassungsverfahren nach § 116b SGB V a.F. ab. Für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte handelt es sich um eine neue Informationspflicht. Durch die Ablösung des bestehenden Zulassungsverfahrens entfallen die entsprechenden Bürokratiekosten für die bisher (bezogen auf die Behandlung von angeborenen Skelettsystemfehlbildungen zur Erbringung ambulanter Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V a.F. zugelassene Krankenhäuser. Da das nun implementierte Anzeigeverfahren im Vergleich zu den Regelungen des bisherigen § 116b SGB

V gänzlich neu eingeführt wird und entsprechende Bürokratiekostenschätzungen hinsichtlich des alten Zulassungsverfahrens nicht vorliegen, erfolgt an dieser Stelle eine vollständige Bürokratiekostenermittlung der in der ASV-RL und der betreffenden Anlage enthaltenen Informationspflichten.

Das Anzeigeverfahren ist einmalig und für das Team gemeinsam durchzuführen. Nachgewiesen werden müssen dabei die Erfüllung der in der Richtlinie genannten personellen sowie sächlichen und organisatorischen Anforderungen und der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen.

Es wird davon ausgegangen, dass für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens je Team ein zeitlicher Aufwand von 107,25 Stunden (6.435 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	240
Beschaffung von Daten	2.910
Aufbereitung der Daten	120
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	180
Externe Sitzungen	2.880
Kopieren, Archivieren, Verteilen	30
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	60
Insgesamt:	6.435

Der Minutenwert für die Beschaffung der notwendigen Daten resultiert aus der Annahme, dass hierfür je Arzt ein zeitlicher Aufwand von zwei Stunden anfällt sowie – insbesondere für den Nachweis sächlicher und organisatorischer Anforderungen – zusätzliche 4,5 Stunden je Team. Hinsichtlich des Zeitaufwands für interne Sitzungen wird davon ausgegangen, dass bei jedem der sechs Kernteamärzte ein Aufwand von 30 Minuten entsteht; für externe Sitzungen wird der Zeitaufwand auf acht Stunden je Kernteamarzt geschätzt.

Zusätzlich entstehen im Rahmen des Anzeigeverfahrens externe Kosten in Form von Anwaltskosten im Zuge des Abschlusses von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Ärztinnen und Ärzten eines ASV-Teams. Hierbei ist davon auszugehen, dass je nach den konkreten Gegebenheiten der daraus resultierende anwaltliche Beratungsbedarf stark divergiert. Es sind Fälle denkbar, in denen für den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarungen keine Rechtsanwältin bzw. kein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, sondern eigene Ressourcen vorhanden sind, in anderen Fällen wird ein umfänglicher Beratungsbedarf angezeigt sein. Da an dieser Stelle gewisse Unsicherheiten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten besteht, wird im Sinne einer vereinfachten Schätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von 2,5 Stunden je Team entsteht. Wird für die Vergütung der Anwältin bzw. des Anwaltes ein Stundensatz von 64,20 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 321 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 39,6 Euro (22 x 1,8 Euro) je Team.

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 7.010 Euro (62,0 Euro x 107,25 + 321 Euro + 39,6 Euro).

2. Meldung nach Zulassung

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 6 ASV-RL haben berechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Hierbei müssen insbesondere Angaben zu dem Erkrankungs- und Leistungsbereich, auf den sich die Berechtigung erstreckt, zur namentlichen Benennung der Teamleitung sowie der übrigen Mitglieder des Kernteams und zur (namentlichen oder institutionellen) Benennung der hinzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Diese Meldepflicht beruht auf der entsprechenden Vorgabe des Gesetzgebers in § 116b Abs. 2 Satz 6 SGB V und löst für Krankenhäuser das Zulassungsverfahren nach § 116b SGB V a.F. ab. Für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte handelt es sich um eine neue Informationspflicht. Auch diese Meldung gegenüber den o.g. Einrichtungen erfolgt einmalig.

Hierbei ist je Team ein zeitlicher Aufwand von 69 Minuten (drei Minuten je Ärztin bzw. Arzt bei 22 Ärztinnen und Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 29,7 (27,0 Euro / 60 x 66).

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	22
Kopieren, Archivieren, Verteilen	44
Insgesamt:	66

3. Neubesetzung

Das Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams sowie die ggf. erforderliche Benennung eines neuen Mitglieds sind dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 Sätze 3 u. 4 ASV-RL). Hierbei ist davon auszugehen, dass für das neu benannte Mitglied Teile des Anzeigeverfahrens (vgl. 1.), insbesondere solche, die den Nachweis der Erfüllung personeller Anforderungen betreffen, durchgeführt werden müssen. Der Aufwand ist somit identisch zu den personenbezogenen Aufwendungen des Anzeigeverfahrens. Hierfür wird ein zeitlicher Aufwand von 160 Minuten je Neubesetzung sowie erforderliches hohes Qualifikationsniveau (62,0 Euro/h) veranschlagt. Dies ergibt geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 165,30 Euro (62,0 Euro / 60 x 160) je neu zu besetzendem Mitglied.

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

Standardaktivität	Minutenwert je neu zu besetzendem Mitglied
Einarbeitung in die Informationspflicht	15
Beschaffung von Daten	120
Aufbereitung der Daten	10
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	12 (120 Min., jedoch in 10% der Fälle)
Insgesamt:	160

4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau (62,0 Euro/h) nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 9,3 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 27,90 Euro (3 x 9,3 Euro) jährlich. Bei insgesamt 22 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 613,8 Euro (27,9 Euro x 22).

Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)

Standardaktivität	Minutenwert je Vertretungsfall
Beschaffung von Daten	3
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	3
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2
Insgesamt:	9

5. Information der einweisenden Vertragsärztin bzw. des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Gemäß § 8 Satz 7 ASV-RL informiert der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt sowie die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme und den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Es wird davon ausgegangen, dass die Information der einweisenden Vertragsärztin bzw. des einweisenden Vertragsarztes sowie der Patientin bzw. des Patienten über den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ohnehin durch den ASV-Berechtigten erfolgen würde und insofern keine zusätzlichen Bürokratiekosten aus der genannten Regelung resultieren. Ebenso verhält es sich mit der Information der Patientinnen und Patienten über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau (27,0 Euro/h) erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,35 Euro. Bei geschätzt rund 60.000 Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 81.000 Euro (1,35 Euro x 60.000) pro Jahr.

Tabelle 5: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Information der einweisenden Ärztin bzw. des einweisenden Arztes)

Standardaktivität	Minutenwert je Fall
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	3
Insgesamt:	3

6. Zusammenfassung

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

Tabelle 6: Insgesamt entstehende Bürokratiekosten je ASV-Team

Informationspflicht	Kosten je Team in Euro	Frequenz
Anzeigeverfahren	7.010	einmalig
Meldung nach Zulassung	29,70	einmalig
Neubesetzung	165,30	je neu zu besetzendes Mitglied
Vertretung	613,80	jährlich
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,35	je Patient

Hochrechnung der Bürokratiekosten je ASV-Team auf die Gesamtzahl der zu erwartenden ASV-Teams

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle potenziell in Frage kommenden Teams ihre Teilnahme an der ASV bereits im ersten Geltungsjahr dieser Richtlinienkonkretisierung anzeigen werden. Aufgrund einer gesetzlichen Übergangsfrist sowie des notwendigen zeitlichen Vorlaufs werden voraussichtlich erst nach Ablauf von zwei bis drei Jahren alle interessierten Teams ihre Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Da es sich bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen um eine Erstfassung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung nach § 116b SGB V handelt, ist die genaue Entwicklung der Teamzahlen schwer zu prognostizieren. Es ist davon auszugehen, dass im Vergleich zu den 17 Einrichtungen, die sich aus den bisherigen Zulassungen nach § 116b SGB V a.F. (Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 257) ergeben, eine Steigerung um das Doppelte erfolgt und sich geschätzt 34 ASV-Teams bilden.

Tabelle 7: Hochrechnung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Annahme: 34 Teams)

Informationspflicht	Bürokratiekosten in Euro
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	238.340
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	11.917
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.010
Meldung nach Zulassung (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	50,49
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 34 Teams x Ärzte = 22, davon 5% = 37 Ärztinnen und Ärzte)	6.116
Vertretung (jährlich)	20.869
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 60.000 Patientinnen und Patienten)	81.000
Summe einmalige Bürokratiekosten	239.350
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	119.953

Insgesamt resultieren aus den genannten Informationspflichten unter der Annahme von 34 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 119.953 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 239.350 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
nach § 116b des Fünften Buches des Sozialgesetzbuch
(SGB V):
Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe p angeborene
Skelettsystemfehlbildungen

Stand: 22.09.2025

Legende:

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

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

Vom 18. Dezember 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2025 beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b des SGB V (ASV-RL) in der Fassung vom 13. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B1), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. In Anlage 2 wird nach Buchstabe o der folgende Buchstabe p eingefügt:

„p) Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen“

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen

GKV-SV, KBV

, die eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen.

DKG, PatV

.
[keine Aufnahme]

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

KBV, PatV	GKV-SV, DKG
1.1 Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen	<i>[keine Aufnahme]</i>

27 M41.0- Idiopathische Skoliose beim Kind (ab 20 Grad Cobb-Winkel)

28 M41.1- Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen (ab 20 Grad Cobb-Winkel)

29 M61.1- Myositis ossificans progressiva

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
M85.0- Fibröse Dysplasie (monostotisch)	<i>[keine Aufnahme]</i>

30 Q67.5 Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
Q69.- Polydaktylie Q70.- Syndaktylie	<i>[streichen]</i>

31 Q71.- Reduktionsdefekte der oberen Extremität

32 Q72.- Reduktionsdefekte der unteren Extremität

33 Q73.- Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)

34 Q74.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)

35 Q75.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen

36 Q76.- Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax

37 Q77.- Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der
38 Wirbelsäule

39 Q78.- Sonstige Osteochondrodysplasien

40 Q79.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
(amniotische Schnürfurchen)	<i>[streichen]</i>

41 Q87.0 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes

42 Q87.1 Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen

43 Q87.2 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten

44 Q87.3 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen
45 Kindesalter

46 Q87.5. Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
Q87.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, andernorts nicht klassifiziert	<i>[keine Aufnahme]</i>

47

*Folgedissens zu 1.1 Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen***KBV, PatV****1.2 Metabolisch bedingte angeborene Skeletterkrankungen****GKV-SV, DKG***[keine Aufnahme]*

48

GKV-SV, KBV

E83.30 Familiäre hypophosphatämische Rachitis
 E83.38 Sonstige Störungen des
 Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase

DKG, PatV

E83.3- Störungen des
 Phosphatstoffwechsels und der
 Phosphathomöostase

49

DKG, PatV

E20.0 Idiopathischer Hypoparathyreoidismus
 E20.1 Pseudohypoparathyreoidismus
 E21.0 Primärer Hyperparathyreoidismus
 E23.0 Hypopituitarismus
 E83.5- Störungen des Kalziumstoffwechsels
 E83.8 Sonstige Störungen des Mineralstoffwechsels

GKV-SV, KBV*[keine Aufnahme]*

50 M88.- Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]
 51 (Juveniles Paget-Syndrom)

*Folgedissens zu 1.1 Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen***KBV, PatV****1.3 Syndromale und systemische angeborene Erkrankungen mit Knochenbeteiligung****GKV-SV, DKG***[keine Aufnahme]*

52

KBV, PatVQ79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom **[KBV]**: (nicht vom vaskulären Typ)]**GKV-SV, DKG***[keine Aufnahme]***53 2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

55 Diagnostik

- 56 – Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
 57 transthorakale Echokardiographie, Rechtsherzkatheteruntersuchung)
 58 Herzfunktionsdiagnostik
 59 – Anamnese
 60 – Augenärztliche Diagnostik

- 61 – Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische
- 62 Untersuchungen inkl. Skelettszintigraphie, Osteodensitometrie)
- 63 – HNO-ärztliche Diagnostik (zum Beispiel Audiometrie)
- 64 – Humangenetische Untersuchungen
- 65 – Körperliche Untersuchung
- 66 – Laboruntersuchungen (zum Beispiel Untersuchungen des Knochenstoffwechsels)
- 67 – Lungenfunktionsdiagnostik
- 68 – Molekulargenetische Untersuchungen
- 69 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte
- 70 Potenziale)
- 71 – orthopädische Funktionsdiagnostik
- 72 – Punktionen und Biopsien

73 **Behandlung**

GKV-SV, DKG, PatV – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen	KBV <i>[keine Aufnahme]</i>
---	--

- 74 – Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 75 – Behandlung in Notfallsituationen
- 76 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 77 Behandlungsfolgen
- 78 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 79 – Einleitung der Rehabilitation
- 80 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 81 – Medikamentöse Therapien
- 82 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 83 – Physikalische Therapie
- 84 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 85 – Schmerztherapie
- 86 – Versorgung mit Hörhilfen
- 87 – Wundversorgung

88

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zur Ernährung
- zur operativen Versorgung
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung in Bezug auf spezielle Probleme verursacht durch Skelettsystemfehlbildungen

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**3.1 Personelle Anforderungen**

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

<i>Folgedissens zu 1.1 Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen</i>	
PatV 3.1.1 Für die Erkrankungsgruppen 1.1 Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen sowie 1.2 Metabolisch bedingte angeborene Skeletterkrankungen:	GKV-SV, DKG, KBV <i>[keine Aufnahme]</i>

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Rheumatologie oder
- Orthopädie und Unfallchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-

115 Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und
 116 Jugend-Nephrologie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-
 117 Rheumatologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit
 118 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein
 119 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
 120 Orthopädie benannt werden.

121 **b) Kernteam**

DKG, KBV Für das Gebiet Innere Medizin ist mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt mit einer der folgenden Facharztbezeichnungen zu benennen.	GKV-SV, PatV <i>[keine Aufnahme]</i>
--	--

- 122 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 123 – Innere Medizin und Nephrologie
 124 – Innere Medizin und Rheumatologie
 125 – Orthopädie und Unfallchirurgie

KBV, GKV-SV – bei hereditären und strukturellen Skelettsystemfehlbildungen zusätzlich auch Innere Medizin und Pneumologie	DKG, PatV <i>[hier streichen, Verortung unter 3.1c) Hinzuzuziehende]</i>
---	--

126 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für
 127 Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -
 128 Diabetologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit
 129 Schwerpunkt Kinder- und Jugend -Nephrologie oder

KBV, GKV-SV bei hereditären und strukturellen Skelettsystemfehlbildungen auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie oder	DKG, PatV <i>[hier keine Aufnahme, Verortung unter 3.1c) Hinzuzuziehende]</i>
---	---

130 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-
 131 und Jugend-Rheumatologie zu benennen.

132 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der
 133 genannten Schwerpunkte verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
 134 Jugendmedizin zu benennen.

135 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 136 Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-

- 137 Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
 138 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie zu benennen.

139 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

GKV-SV, DKG, PatV – Anästhesiologie	KBV <i>[keine Aufnahme]</i>
---	---------------------------------------

- 140 – Augenheilkunde

GKV-SV, KBV, PatV – Frauenheilkunde und Geburtshilfe	DKG <i>[streichen]</i>
--	----------------------------------

- 141 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

KBV, PatV – bei Ehlers-Danlos-Syndrom auch Haut- und Geschlechtskrankheiten	GKV-SV, DKG <i>[keine Aufnahme]</i>
---	---

- 142 – Humangenetik

- 143 – Innere Medizin und Gastroenterologie

- 144 – Innere Medizin und Kardiologie

DKG, PatV – Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV, KBV <i>[hier streichen, Verortung unter 3.1 b) Kernteam]</i>
--	--

- 145 – Laboratoriumsmedizin

GKV-SV, PatV – Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	DKG, KBV <i>[keine Aufnahme]</i>
--	--

146

GKV-SV, PatV – Neurochirurgie	DKG, KBV <i>[streichen]</i>
---	---------------------------------------

- 147 – Neurologie

- 148 – Nuklearmedizin

- 149 – Pathologie

- 150 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 151 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
 152 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für
 153 Erwachsene

- 154 – Radiologie

155 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für
 156 Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder
 157 Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Kinder-
 158 und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder

DKG, PatV Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	KBV, GKV-SV [hier keine Aufnahme, Verortung unter 3.1 b) Kernteam]
--	--

159 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
 160 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder
 161 eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche als
 162 Teammitglied benannt werden.

DKG, PatV Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie benannt werden.	GKV-SV, KBV [keine Aufnahme]
--	--

163

GKV-SV, DKG, PatV Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie verfügen.	KBV [streichen]
---	---------------------------

164

Folgedissens zu 1.1 Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen	
PatV 3.1.2 Für die Erkrankungsgruppe 1.3 Syndromale und systemische angeborene Erkrankungen mit Knochenbeteiligung: a) Teamleitung – Innere Medizin und Rheumatologie – Orthopädie und Unfallchirurgie b) Kernteam – Innere Medizin und Rheumatologie – Orthopädie und Unfallchirurgie c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte – Anästhesiologie – Augenheilkunde – Haut- und Geschlechtskrankheiten – Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GKV-SV, DKG, KBV [keine Aufnahme]

– Humangenetik – 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 oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene – Radiologie Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie verfügen. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Neuropädiatrie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Rheumatologie benannt werden.	
---	--

165 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- 169 – ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege
- 170 – Ergotherapie

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
– Ernährungstherapie	[keine Aufnahme]

- 171 – Kieferorthopädie
- 172 – Logopädie
- 173 – Orthopädietechnik-Mechanik
- 174 – Physiotherapie
- 175 – soziale Dienste wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit
- 176 sozialen Beratungsangeboten

PatV	GKV-SV, DKG, KBV
– Zahnheilkunde	<i>[streichen]</i>

177 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- 180 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 181 – Innere Medizin und Nephrologie
- 182 – Innere Medizin und Rheumatologie
- 183 – Orthopädie und Unfallchirurgie

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

186 3.3 Dokumentation

187 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
188 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die
189 Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu
190 dokumentieren.

191 3.4 Mindestmengen

192 Keine.

193 4 Überweisungserfordernis

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

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.	<i>[keine Aufnahme]</i>

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

DKG, PatV	GKV-SV, KBV
Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.	<i>[keine Aufnahme]</i>

200 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

201 Präambel

202 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
203 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen

204 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
205 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
206 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
207 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
208 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2025 zu Änderungen des
209 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2025.

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

213 Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt
214 er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.
215

216 **Appendix „angeborene Skelettsystemfehlbildungen“**

217 **Legende**

0	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte gehören für die jeweilige Arztgruppe <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang.
1	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

218 *[Appendix angeborene Skelettsystemfehlbildungen hier einfügen]*

219

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

222 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
223 www.g-ba.de veröffentlicht.

224 Berlin, den 18. Dezember 2025

225 Gemeinsamer Bundesausschuss
226 gemäß § 91 SGB V
227 Der Vorsitzende

228 Prof. Hecken

Appendix des Beschlussentwurfs Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen
mit
- Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 4. Quartal 2025)

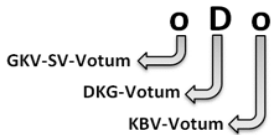
Stand: 22.09.2025

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 für die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
oDo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte der jeweiligen Anlage bzw. die aufgeführte weiteren spezifischen Leistungen sind dissent
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

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

[illegible]

[illegible]

oDo

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Anlage 3 der Tragenden Gründe

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

o	GD
o	GD
o	GD

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

GD	
K	
Do	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

[illegible]

[illegible]

Anlage 3 der Tragenden Gründe

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Bereich					Kernkompetenz	Hinzuzurechnende Fachärztinnen und Fachärzte																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Kapitel	Abschnitt	Abschnitts-Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Klinische- und Jugendgeriatrie mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Klinische- und Jugendgeriatrie	Innere Medizin und Nephrologie	Klinische- und Jugendgeriatrie mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Nephrologie	DVWS-SL / KSV Innere Medizin und Pneumologie	DVWS-K / KSV Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Klinische- und Jugendgeriatrie mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Chirurgische und Unfallchirurgische mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Chirurgie	Klinische- und Jugendgeriatrie mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Chirurgie	DVWS-SK / KSV Paed. Anasthesiologie	Anesthesiologie	DVWS-SK / KSV Paed. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	NKH / Paed. Hals- und Gesichtskliniken/HNO	Neurologie	Neuroradiologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Klinische- und Jugendgeriatrie mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Klinische- und Jugendgeriatrie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	DVGS / Paed. Innere Medizin und Pneumologie	DVGS / Paed. Kinder- und Jugendgeriatrie mit Zusatz-Werkbereich Kinder- und Jugend-Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	DVWS-SK / Paed. Mund-/Nasen-/Gesichtschirurgie	DVWS-SK / Paed. Neurochirurgie	Neurologie	Klinische- und Jugendgeriatrie mit Schwerpunkt Neuropathologie	Neuropathologie	Kindergeriatrie	DVGS / Paed. Pädiatrie und Pädiatrische	Klinische Psychiatrie/Psychiatrie oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeuten oder Psychoanalytischer Psychotherapeut	Psykiatrie und Psychiater	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Poliklinische Psychiatrie oder Fachpsychiatrie für Erwachsene	Klinische- und Jugendgeriatrie und psychiatrische Kinder- und Jugendpsychiatrie	Poliklinische Psychiatrie oder Fachpsychiatrie für Kinder und Jugendliche	Radiologie																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
IV	37	37.8	Spezifische Versorgung gemäß der Long-COVID-Richtlinie	37802	Zuschlag zur Versicherungspauschale oder Grundpauschale für den koordinierten Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 des SGB V																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitts-Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernkompetenzen										Hinzuzurechnende Fachärztinnen und Fachärzte																			
						innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Kinder- und Jugendmedizin	innere Medizin und Nephrologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	NOG-35, NOG-36 Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Phrenologie	innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Weiblichkeitsmedizin (Kind- und Jugend-Orthopädie)	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	NOG-35, NOG-36, NOG-37, NOG-38, NOG-39, NOG-40, NOG-41, NOG-42, NOG-43, NOG-44, NOG-45, NOG-46, NOG-47, NOG-48, NOG-49, NOG-50, NOG-51, NOG-52, NOG-53, NOG-54, NOG-55, NOG-56, NOG-57, NOG-58, NOG-59, NOG-60, NOG-61, NOG-62, NOG-63, NOG-64, NOG-65, NOG-66, NOG-67, NOG-68, NOG-69, NOG-70, NOG-71, NOG-72, NOG-73, NOG-74, NOG-75, NOG-76, NOG-77, NOG-78, NOG-79, NOG-80, NOG-81, NOG-82, NOG-83, NOG-84, NOG-85, NOG-86, NOG-87, NOG-88, NOG-89, NOG-90, NOG-91, NOG-92, NOG-93, NOG-94, NOG-95, NOG-96, NOG-97, NOG-98, NOG-99, NOG-100, NOG-101, NOG-102, NOG-103, NOG-104, NOG-105, NOG-106, NOG-107, NOG-108, NOG-109, NOG-110, NOG-111, NOG-112, NOG-113, NOG-114, NOG-115, NOG-116, NOG-117, NOG-118, NOG-119, NOG-120, NOG-121, NOG-122, NOG-123, NOG-124, NOG-125, NOG-126, NOG-127, NOG-128, NOG-129, NOG-130, NOG-131, NOG-132, NOG-133, NOG-134, NOG-135, NOG-136, NOG-137, NOG-138, NOG-139, NOG-140, NOG-141, NOG-142, NOG-143, NOG-144, NOG-145, NOG-146, NOG-147, NOG-148, NOG-149, NOG-150, NOG-151, NOG-152, NOG-153, NOG-154, NOG-155, NOG-156, NOG-157, NOG-158, NOG-159, NOG-160, NOG-161, NOG-162, NOG-163, NOG-164, NOG-165, NOG-166, NOG-167, NOG-168, NOG-169, NOG-170, NOG-171, NOG-172, NOG-173, NOG-174, NOG-175, NOG-176, NOG-177, NOG-178, NOG-179, NOG-180, NOG-181, NOG-182, NOG-183, NOG-184, NOG-185, NOG-186, NOG-187, NOG-188, NOG-189, NOG-190, NOG-191, NOG-192, NOG-193, NOG-194, NOG-195, NOG-196, NOG-197, NOG-198, NOG-199, NOG-200, NOG-201, NOG-202, NOG-203, NOG-204, NOG-205, NOG-206, NOG-207, NOG-208, NOG-209, NOG-210, NOG-211, NOG-212, NOG-213, NOG-214, NOG-215, NOG-216, NOG-217, NOG-218, NOG-219, NOG-220, NOG-221, NOG-222, NOG-223, NOG-224, NOG-225, NOG-226, NOG-227, NOG-228, NOG-229, NOG-230, NOG-231, NOG-232, NOG-233, NOG-234, NOG-235, NOG-236, NOG-237, NOG-238, NOG-239, NOG-240, NOG-241, NOG-242, NOG-243, NOG-244, NOG-245, NOG-246, NOG-247, NOG-248, NOG-249, NOG-250, NOG-251, NOG-252, NOG-253, NOG-254, NOG-255, NOG-256, NOG-257, NOG-258, NOG-259, NOG-260, NOG-261, NOG-262, NOG-263, NOG-264, NOG-265, NOG-266, NOG-267, NOG-268, NOG-269, NOG-270, NOG-271, NOG-272, NOG-273, NOG-274, NOG-275, NOG-276, NOG-277, NOG-278, NOG-279, NOG-280, NOG-281, NOG-282, NOG-283, NOG-284, NOG-285, NOG-286, NOG-287, NOG-288, NOG-289, NOG-290, NOG-291, NOG-292, NOG-293, NOG-294, NOG-295, NOG-296, NOG-297, NOG-298, NOG-299, NOG-300, NOG-301, NOG-302, NOG-303, NOG-304, NOG-305, NOG-306, NOG-307, NOG-308, NOG-309, NOG-310, NOG-311, NOG-312, NOG-313, NOG-314, NOG-315, NOG-316, NOG-317, NOG-318, NOG-319, NOG-320, NOG-321, NOG-322, NOG-323, NOG-324, NOG-325, NOG-326, NOG-327, NOG-328, NOG-329, NOG-330, NOG-331, NOG-332, NOG-333, NOG-334, NOG-335, NOG-336, NOG-337, NOG-338, NOG-339, NOG-340, NOG-341, NOG-342, NOG-343, NOG-344, NOG-345, NOG-346, NOG-347, NOG-348, NOG-349, NOG-350, NOG-351, NOG-352, NOG-353, NOG-354, NOG-355, NOG-356, NOG-357, NOG-358, NOG-359, NOG-360, NOG-361, NOG-362, NOG-363, NOG-364, NOG-365, NOG-366, NOG-367, NOG-368, NOG-369, NOG-370, NOG-371, NOG-372, NOG-373, NOG-374, NOG-375, NOG-376, NOG-377, NOG-378, NOG-379, NOG-380, NOG-381, NOG-382, NOG-383, NOG-384, NOG-385, NOG-386, NOG-387, NOG-388, NOG-389, NOG-390, NOG-391, NOG-392, NOG-393, NOG-394, NOG-395, NOG-396, NOG-397, NOG-398, NOG-399, NOG-400, NOG-401, NOG-402, NOG-403, NOG-404, NOG-405, NOG-406, NOG-407, NOG-408, NOG-409, NOG-410, NOG-411, NOG-412, NOG-413, NOG-414, NOG-415, NOG-416, NOG-417, NOG-418, NOG-419, NOG-420, NOG-421, NOG-422, NOG-423, NOG-424, NOG-425, NOG-426, NOG-427, NOG-428, NOG-429, NOG-430, NOG-431, NOG-432, NOG-433, NOG-434, NOG-435, NOG-436, NOG-437, NOG-438, NOG-439, NOG-440, NOG-441, NOG-442, NOG-443, NOG-444, NOG-445, NOG-446, NOG-447, NOG-448, NOG-449, NOG-450, NOG-451, NOG-452, NOG-453, NOG-454, NOG-455, NOG-456, NOG-457, NOG-458, NOG-459, NOG-460, NOG-461, NOG-462, NOG-463, NOG-464, NOG-465, NOG-466, NOG-467, NOG-468, NOG-469, NOG-470, NOG-471, NOG-472, NOG-473, NOG-474, NOG-475, NOG-476, NOG-477, NOG-478, NOG-479, NOG-480, NOG-481, NOG-482, NOG-483, NOG-484, NOG-485, NOG-486, NOG-487, NOG-488, NOG-489, NOG-490, NOG-491, NOG-492, NOG-493, NOG-494, NOG-495, NOG-496, NOG-497, NOG-498, NOG-499, NOG-500, NOG-501, NOG-502, NOG-503, NOG-504, NOG-505, NOG-506, NOG-507, NOG-508, NOG-509, NOG-510, NOG-511, NOG-512, NOG-513, NOG-514, NOG-515, NOG-516, NOG-517, NOG-518, NOG-519, NOG-520, NOG-521, NOG-522, NOG-523, NOG-524, NOG-525, NOG-526, NOG-527, NOG-528, NOG-529, NOG-530, NOG-531, NOG-532, NOG-533, NOG-534, NOG-535, NOG-536, NOG-537, NOG-538, NOG-539, NOG-540, NOG-541, NOG-542, NOG-543, NOG-544, NOG-545, NOG-546, NOG-547, NOG-548, NOG-549, NOG-550, NOG-551, NOG-552, NOG-553, NOG-554, NOG-555, NOG-556, NOG-557, NOG-558, NOG-559, NOG-560, NOG-561, NOG-562, NOG-563, NOG-564, NOG-565, NOG-566, NOG-567, NOG-568, NOG-569, NOG-570, NOG-571, NOG-572, NOG-573, NOG-574, NOG-575, NOG-576, NOG-577, NOG-578,																		

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnittsbezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam										Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte									
						Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Kinder- und Jugendmedizin	Innere Medizin und Nephrologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<u>DGO-SV 6.01 Innere Medizin und Pneumologie</u>	<u>DGO-SV 6.02 Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</u>	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Chirurgie mit Fachrichtung Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	<u>DGO-SV 6.03, 6.04, 6.05, 6.06, 6.07, 6.08, 6.09, 6.10, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16, 6.17, 6.18, 6.19, 6.20, 6.21, 6.22, 6.23, 6.24, 6.25, 6.26, 6.27, 6.28, 6.29, 6.30, 6.31, 6.32, 6.33, 6.34, 6.35, 6.36, 6.37, 6.38, 6.39, 6.40, 6.41, 6.42, 6.43, 6.44, 6.45, 6.46, 6.47, 6.48, 6.49, 6.50, 6.51, 6.52, 6.53, 6.54, 6.55, 6.56, 6.57, 6.58, 6.59, 6.60, 6.61, 6.62, 6.63, 6.64, 6.65, 6.66, 6.67, 6.68, 6.69, 6.70, 6.71, 6.72, 6.73, 6.74, 6.75, 6.76, 6.77, 6.78, 6.79, 6.80, 6.81, 6.82, 6.83, 6.84, 6.85, 6.86, 6.87, 6.88, 6.89, 6.90, 6.91, 6.92, 6.93, 6.94, 6.95, 6.96, 6.97, 6.98, 6.99, 7.00, 7.01, 7.02, 7.03, 7.04, 7.05, 7.06, 7.07, 7.08, 7.09, 7.10, 7.11, 7.12, 7.13, 7.14, 7.15, 7.16, 7.17, 7.18, 7.19, 7.20, 7.21, 7.22, 7.23, 7.24, 7.25, 7.26, 7.27, 7.28, 7.29, 7.30, 7.31, 7.32, 7.33, 7.34, 7.35, 7.36, 7.37, 7.38, 7.39, 7.40, 7.41, 7.42, 7.43, 7.44, 7.45, 7.46, 7.47, 7.48, 7.49, 7.50, 7.51, 7.52, 7.53, 7.54, 7.55, 7.56, 7.57, 7.58, 7.59, 7.60, 7.61, 7.62, 7.63, 7.64, 7.65, 7.66, 7.67, 7.68, 7.69, 7.70, 7.71, 7.72, 7.73, 7.74, 7.75, 7.76, 7.77, 7.78, 7.79, 7.80, 7.81, 7.82, 7.83, 7.84, 7.85, 7.86, 7.87, 7.88, 7.89, 7.90, 7.91, 7.92, 7.93, 7.94, 7.95, 7.96, 7.97, 7.98, 7.99, 8.00, 8.01, 8.02, 8.03, 8.04, 8.05, 8.06, 8.07, 8.08, 8.09, 8.10, 8.11, 8.12, 8.13, 8.14, 8.15, 8.16, 8.17, 8.18, 8.19, 8.20, 8.21, 8.22, 8.23, 8.24, 8.25, 8.26, 8.27, 8.28, 8.29, 8.30, 8.31, 8.32, 8.33, 8.34, 8.35, 8.36, 8.37, 8.38, 8.39, 8.40, 8.41, 8.42, 8.43, 8.44, 8.45, 8.46, 8.47, 8.48, 8.49, 8.50, 8.51, 8.52, 8.53, 8.54, 8.55, 8.56, 8.57, 8.58, 8.59, 8.60, 8.61, 8.62, 8.63, 8.64, 8.65, 8.66, 8.67, 8.68, 8.69, 8.70, 8.71, 8.72, 8.73, 8.74, 8.75, 8.76, 8.77, 8.78, 8.79, 8.80, 8.81, 8.82, 8.83, 8.84, 8.85, 8.86, 8.87, 8.88, 8.89, 8.90, 8.91, 8.92, 8.93, 8.94, 8.95, 8.96, 8.97, 8.98, 8.99, 9.00, 9.01, 9.02, 9.03, 9.04, 9.05, 9.06, 9.07, 9.08, 9.09, 9.10, 9.11, 9.12, 9.13, 9.14, 9.15, 9.16, 9.17, 9.18, 9.19, 9.20, 9.21, 9.22, 9.23, 9.24, 9.25, 9.26, 9.27, 9.28, 9.29, 9.30, 9.31, 9.32, 9.33, 9.34, 9.35, 9.36, 9.37, 9.38, 9.39, 9.40, 9.41, 9.42, 9.43, 9.44, 9.45, 9.46, 9.47, 9.48, 9.49, 9.50, 9.51, 9.52, 9.53, 9.54, 9.55, 9.56, 9.57, 9.58, 9.59, 9.60, 9.61, 9.62, 9.63, 9.64, 9.65, 9.66, 9.67, 9.68, 9.69, 9.70, 9.71, 9.72, 9.73, 9.74, 9.75, 9.76, 9.77, 9.78, 9.79, 9.80, 9.81, 9.82, 9.83, 9.84, 9.85, 9.86, 9.87, 9.88, 9.89, 9.90, 9.91, 9.92, 9.93, 9.94, 9.95, 9.96, 9.97, 9.98, 9.99, 10.00, 10.01, 10.02, 10.03, 10.04, 10.05, 10.06, 10.07, 10.08, 10.09, 10.10, 10.11, 10.12, 10.13, 10.14, 10.15, 10.16, 10.17, 10.18, 10.19, 10.20, 10.21, 10.22, 10.23, 10.24, 10.25, 10.26, 10.27, 10.28, 10.29, 10.30, 10.31, 10.32, 10.33, 10.34, 10.35, 10.36, 10.37, 10.38, 10.39, 10.40, 10.41, 10.42, 10.43, 10.44, 10.45, 10.46, 10.47, 10.48, 10.49, 10.50, 10.51, 10.52, 10.53, 10.54, 10.55, 10.56, 10.57, 10.58, 10.59, 10.60, 10.61, 10.62, 10.63, 10.64, 10.65, 10.66, 10.67, 10.68, 10.69, 10.70, 10.71, 10.72, 10.73, 10.74, 10.75, 10.76, 10.77, 10.78, 10.79, 10.80, 10.81, 10.82, 10.83, 10.84, 10.85, 10.86, 10.87, 10.88, 10.89, 10.90, 10.91, 10.92, 10.93, 10.94, 10.95, 10.96, 10.97, 10.98, 10.99, 11.00, 11.01, 11.02, 11.03, 11.04, 11.05, 11.06, 11.07, 11.08, 11.09, 11.10, 11.11, 11.12, 11.13, 11.14, 11.15, 11.16, 11.17, 11.18, 11.19, 11.20, 11.21, 11.22, 11.23, 11.24, 11.25, 11.26, 11.27, 11.28, 11.29, 11.30, 11.31, 11.32, 11.33, 11.34, 11.35, 11.36, 11.37, 11.38, 11.39, 11.40, 11.41, 11.42, 11.43, 11.44, 11.45, 11.46, 11.47, 11.48, 11.49, 11.50, 11.51, 11.52, 11.53, 11.54, 11.55, 11.56, 11.57, 11.58, 11.59, 11.60, 11.61, 11.62, 11.63, 11.64, 11.65, 11.66, 11.67, 11.68, 11.69, 11.70, 11.71, 11.72, 11.73, 11.74, 11.75, 11.76, 11.77, 11.78, 11.79, 11.80, 11.81, 11.82, 11.83, 11.84, 11.85, 11.86, 11.87, 11.88, 11.89, 11.90, 11.91, </u>							



1 Tragende Gründe

2 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
3 über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezial-
4 fachärztliche Versorgung § 116b SGB V:

5 Ergänzung der Anlage 2 Buchstabe p - angeborene Ske-
6 lettsystemfehlbildungen

7 **Stand 22.09.2025**

8 **Legende:**

9 Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

10 Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

11
12 **Hinweis:** Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzen-
13 den des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Abstimmung mit den
14 Bänkesprechern finalisiert.

15
16 Vom 18. Dezember 2025

17
18 **Inhalt**

19	1. Rechtsgrundlage.....	2
20	2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
21	3. Bürokratiekostenermittlung	25
22	4. Verfahrensablauf.....	26
23	5. Fazit	27
24	6. Literaturverzeichnis	27
25	7. Zusammenfassende Dokumentation.....	27

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

DKG

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

GKV-SV, KBV, PatV

[keine Aufnahme]

Mit diesem Beschluss wird die ASV-RL in Anlage 2 Buchstabe p um Regelungen zur seltenen Erkrankung angeborene Skelettsystemfehlbildungen ergänzt. Der Regelungsauftrag des G-BA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung umfasst nach § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe d SGB V umfasst ausdrücklich angeborene Skelettsystemfehlbildungen als seltene Erkrankung. Angeborene Skelettsystemfehlbildungen waren bereits in Anlage 2 Nummer 3 Teil 1 Gegenstand der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL).

DKG

Die Erkrankungen wurden über die entsprechenden ICD-Kodes konkret benannt und der krankheitsspezifische Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung bestimmt.

GKV-SV, KBV, PatV

[keine Aufnahme]

Da die Regelungen zu den angeborenen Skelettsystemfehlbildungen in der ASV-RL auf den jeweiligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL.

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

2.1 Aufbau

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

53 Die Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen ist wie folgt gegliedert:

- 54 1. Konkretisierung der Erkrankung
- 55 2. Behandlungsumfang
 - 56 • Diagnostik
 - 57 • Behandlung
 - 58 • Beratung
- 59 3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
 - 60 3.1 Personelle Anforderungen
 - 61 a) Teamleitung
 - 62 b) Kernteam
 - 63 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
 - 64 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
 - 65 3.3 Dokumentation
 - 66 3.4 Mindestmengen
- 67 4. Überweisungserfordernis
- 68 5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

69 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

70 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

71 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
72 mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen

GKV-SV, KBV , die eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen.	DKG, PatV . <i>[keine Aufnahme]</i>
--	--

KBV, PatV Aufteilung der Anlage in: 1.1 Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen 1.2 Metabolisch bedingte angeborene Skeletterkrankungen 1.3 Syndromale und systemische angeborene Erkrankungen mit Knochenbeteiligung Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom [KBV]: (nicht vom vaskulären Typ)] Um Unterschiede zwischen den von der Konkretisierung umfassten Erkrankungsgruppen mit Auswirkungen auf den Behandlungsumfang und die Teamzusammensetzung besser darzustellen, hat sich der G-BA entschieden ähnliche Gruppen zu clustern und 3 Gruppen gebildet.	GKV-SV, DKG <i>[keine Aufnahme]</i>
PatV Dies ist eine notwendige Maßnahme, um den komplexen und heterogenen Anforderungen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen gerecht zu werden. Diese klare Differenzierung basiert auf der aktuellen Versorgungslage und ermöglicht eine präzisere und gezieltere Betreuung der Betroffenen.	

Es handelt sich um die erste ASV-Anlage aus dem Bereich der Fehlbildungen und bezieht sich auf die Behandlung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Die Konkretisierung der ABK-RL zu angeborenen Skelettfehlbildungen umfasst eine Vielzahl an Erkrankungen, die sowohl strukturelle als auch metabolisch bedingte angeborene Skelettfehlbildungen einschließt. Wie generell im Bereich der seltenen Erkrankungen, sind häufig mehrere spezifische Erkrankungen unter einem ICD-Code subsumiert, da nicht für alle Erkrankungen ein separater ICD-Code vorliegt. Darüber hinaus stellen die in der ABK-RL enthaltenen Erkrankungen eine sehr heterogene Gruppe dar, die zur Behandlung unterschiedlicher Expertise bedürfen. Diesem Umstand wird in der ABK-RL durch ein großes Maß an Flexibilität Rechnung getragen, was den Einbezug von unterschiedlichen Fachgruppen im Falle medizinischer Notwendigkeit betrifft. Außerdem sind teilweise übergeordnete Gebietsbezeichnungen in den personellen Anforderungen genannt, ohne eine bestimmte Fachrichtung innerhalb der Inneren Medizin oder eine spezifische Zusatzweiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin vorzugeben. Bei Überführung der Regelungen in die ASV-RL gilt prinzipiell der Anspruch, möglichst spezifische und für alle Teams gleichermaßen geltende Anforderungen festzulegen. Dieses Ziel ist vor dem Hintergrund der Heterogenität der vielen seltenen Erkrankungen im Bereich der angeborenen Skelettfehlbildungen und dem breiten Spektrum an notwendiger Expertise herausfordernd.

Um sich dem zu nähern, erfolgte die Prüfung der unter Konkretisierung genannten Diagnosen sowie der zur Behandlung benötigten adäquaten Teamstruktur. Bei Gegenüberstellung von strukturellen und metabolisch bedingten, angeborenen Erkrankungen, systemischen/syndromalen Erkrankungen mit Skelettbeteiligung und kraniofazialen Fehlbildungen fallen sowohl Überschneidungen als auch relevante Unterschiede auf. Weitgehende Überschneidungen der Anforderungen an die vorzuhaltende Expertise sind aus Sicht des G-BA für die strukturellen und metabolisch bedingten angeborenen Skelettfehlbildungen gegeben. Darunter fallen beispielsweise angeborene Fehlbildungen und Fehlbildungssyndrome mit Skelettveränderungen

99 und Osteochondrodysplasien einerseits und angeborene Störungen des Knochenstoffwech-
 100 sels durch pathologische Veränderungen des Mineralstoffwechsels sowie Funktionsstörungen
 101 der Nebenschilddrüse, Niere oder Hypophyse andererseits. Aus den Überschneidungen der
 102 für die Behandlung relevanten Fachgruppen resultiert die Möglichkeit, Anforderungen über-
 103 geordnet zu definieren.

104 Während die Manifestation der zuvor genannten Erkrankungsgruppen zwar lokal begrenzt
 105 sein kann, aber häufig generalisiert vorkommt, betreffen kraniofaziale Fehlbildungen primär
 106 den Schädel und das Gesicht. Die Versorgung erfolgt meist durch die Mund-Kiefer-Gesichts-
 107 chirurgie und Neurochirurgie und umfasst beispielsweise Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und
 108 Kraniosynostosen. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zählen zu den häufigsten angeborenen Fehl-
 109 bildungen (Prävalenz in Deutschland ca. 1:500 Lebendgeburten). Kraniosynostosen kommen
 110 seltener vor und zeigen eine Prävalenz von 1:2.000 bis 1:2.500 Lebendgeburten. Auf europäi-
 111 scher und nationaler Ebene gibt es Zentren, die mit der spezialisierten Versorgung der kra-
 112 niofazialen Fehlbildungen betraut sind.

GKV-SV, DKG Betrachtet man systemische und syndromale Erkrankungen mit Skelettbeteiligung, wie beispielsweise das Ehlers-Danlos-Syndrom oder lysosomale Speicherkrankheiten (zum Beispiel Mucopolysaccharidosen, Morbus Gaucher und Morbus Niemann-Pick), so steht außer Diskussion, dass Symptome und klinische Zeichen überlappend sein können mit strukturellen und metabolisch bedingten angeborenen Skelettfehlbildungen. Allerdings wäre die Aufnahme weiterer Fachgruppen indiziert, die für andere unter Konkretisierung genannte Erkrankungen nicht angezeigt wäre und in der Folge zu sehr großen Teams führen würde.	KBV, PatV Unter dem Ehlers-Danlos-Syndrom (EDS) versteht man eine genetisch heterogene Gruppe von Bindegewebsstörungen, die insbesondere auch durch Betroffenheit des Stütz- und Bewegungsapparates gekennzeichnet ist. Auch wenn diese Erkrankungsgruppe sich pathophysiologisch von den bisherigen Konkretisierungskrankheiten dieser Anlage nach ABK (metabolisch bedingten angeborenen bzw. Hereditäre und strukturelle Skeletterkrankungen) unterscheiden, sind die Diagnostik, Behandlungsumfang sowie Teamzusammensetzung [KBV: dennoch naheliegend].
	PatV in weiten Teilen ähnlich, da auch das EDS erhebliche Auswirkungen auf das Skelettsystem hat, insbesondere durch Instabilitäten in den Gelenken, Wirbelsäulendeformitäten (zum Beispiel Skoliosen, Kyphosen) und eine erhöhte Frakturanfälligkeit. Zudem erfordert die Behandlung beider Patientengruppen eine interdisziplinäre Expertise aus Orthopäden und Unfallchirurgen, Internisten mit den Subspezialitäten wie Gastroenterologie, Pneumologie, Rheumatologie etc., Neurologie und Neurochirurgie, Humangenetik, Radiologie und Schmerztherapie.
	KBV, PatV Der G-BA ist daher den Hinweisen aus der Praxis zu Engpässen in der Versorgung gefolgt und hat mit Blick auf die ergänzende Aufnahme dieser Erkrankungsgruppe für diese ASV-Anlage [KBV: trotz lediglich bedingter Eignung] ein Signal gesetzt. Damit wird diese spezialfachärztliche Versorgungsstruktur, die sich u.a. durch eine besondere Expertise und Ausstattung auszeichnet, für diese Betroffenen geöffnet. [KBV: Da der vaskuläre Typ dieser Erkrankungsgruppe, der eine andere Teamzusammensetzung erfordert, bereits in der ASV-Anlage Marfan-Syndrom sachgerecht, betreut werden kann, hat der G-BA sich bewusst gegen eine Doppelverortung entschieden.]

113 Die Komplexität, die Organsysteme, die resultierenden funktionellen sowie psychosozialen
 114 Konsequenzen und die Therapieschwerpunkte unterscheiden sich erheblich zwischen den
 115 Fehlbildungsgruppen. Daher ist unter Berücksichtigung des in §116b SGB V genannten Rah-
 116 mens eine spezifisch zugeschnittene, differenzierte interdisziplinäre Expertise zu definieren,
 117 um eine bestmögliche Betreuung zu gewährleisten.

GKV-SV, DKG

Aus den genannten Gründen sieht der G-BA in der ASV-Anlage angeborene Skelettsystembildungen in einem ersten Schritt primär die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit strukturellen und metabolisch bedingten angeborenen Skelettfehlbildungen vor. Zur Behandlung von isolierten kraniofazialen Fehlbildungen oder von systemischen/syndromalen Erkrankungen mit Skelettbeteiligung bedarf es der Ergänzung weiterer Fachgruppen. Die Berücksichtigung dieser Erkrankungen innerhalb der ASV wird der G-BA im Rahmen der Abbildung von komplexen Fehlbildungssyndromen prüfen.

KBV, PatV

[keine Aufnahme]

118 Diesen grundlegenden Überlegungen folgend wurde das Spektrum der von der Konkretisie-
119 rung umfassten Erkrankungen angepasst.

120 Die von der ASV-Anlage zu Skelettsystemfehlbildungen erfassten Erkrankungen werden auf
121 Grundlage von Codes der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und ver-
122 wandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) konkreti-
123 siert. Grundlage dieser Konkretisierung ist die ICD-10-GM Version 2025.

124 Einige neue ICD-Kodes wurden in diese Anlage der ASV-RL aufgenommen:

125 M61.1- Myositis ossificans progressiva

126 Diese mit einer weltweiten Prävalenz von 1:2.000.000 sehr seltene Erkrankungen manifestiert
127 sich meist während des ersten Lebensjahrzehnts mit sporadischen Episoden von schmerzhaft-
128 en Anschwellungen der Weichteile. Es folgt eine voranschreitende Verknöcherung von Ske-
129 lett Muskeln, Sehnen und Faszien, die mobilitätseinschränkend wirken können. Auslöser sind
130 unter anderem Verletzungen oder Infektionen. Das Behandlungsziel ist das Vermeiden von
131 Stürzen und Sturzfolgen sowie das Hinauszögern respiratorischer Einschränkungen. Eine Auf-
132 nahme in die Konkretisierung dieser ASV Anlage scheint vor dem Hintergrund der Teamzu-
133 sammensetzung und der fortschreitenden Einschränkung im Rahmen der Erkrankung ange-
134 bracht.

DKG, PatV

M85.0- Fibröse Dysplasie (monostotisch)

Während der für den ICD-Code titelgebende monostotische Subtyp der fibrösen Dysplasie meist mit einer guten Prognose einhergeht und es einer genaueren Überwachung vorrangig bei Patienten mit polyostotischer Variante bedarf (Polyostotische fibröse Dysplasie [Jaffé-Lichtenstein-Syndrom] kodiert mit Q78.1 und in der Konkretisierung bereits enthalten), sind weitere seltene Skelettfehlbildungen vom Kode M85.0- umfasst. Dies betrifft laut Orpha.net unter anderem die Chondrodysplasie mit Gelenkkontrakturen (gPAPP-Typ). Diese Erkrankungen manifestiert sich bereits pränatal mit Wachstumsstörungen und Fehlbildungen des Skelettsystems. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme dieser Indikation in die ASV-Anlage.

GKV-SV, KBV

[keine Aufnahme]

DKG, PatV <u>Q69.- Polydaktylie</u> [...] <u>Q70.- Syndaktylie</u> [...]	KBV <i>Diese Erkrankungen erfordern in der Regel nicht die Strukturen einer ASV, so dass sie nicht fortgeführt werden.</i>	GKV-SV <i>[keine Aufnahme]</i>
--	---	---

136

PatV <u>Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom</u> Der ICD-Code beschreibt ein komplexes und heterogenes Krankheitsbild angeborener Bindegewebserkrankungen, das derzeit in 13 Subtypen unterteilt wird. Die häufigste Form ist das hypermobile Ehlers-Danlos-Syndrom (hEDS), während die Prävalenz der Subtypen stark variiert (Inzidenz ca. 1:2000 bis 1:500). Der vaskuläre Typ ist deutlich seltener (laut Orphanet 1:50.000 bis 1:200.000). EDS stellt eine Multisystemerkrankung dar, da das Bindegewebe im gesamten Körper durchzieht. Betroffen sein können der Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Sehnen, Bänder, Knorpel, Muskeln, Faszien), die Haut, die Blutgefäße, die Nervenbahnen, die inneren Organe, die Sinnesorgane (z. B. Augen) und in seltenen Fällen auch die Zähne. Die Symptome treten häufig bereits im Kindesalter auf. Frühzeitige therapeutische Maßnahmen in der Entwicklung sollen insbesondere schwerwiegende Gelenkschäden verhindern und den Spontanverlauf der Erkrankung positiv beeinflussen. Aufgrund der zentralen Beteiligung des Bewegungsapparates und der Relevanz einer interdisziplinären Versorgung erfolgt die Aufnahme von EDS in die Konkretisierung dieser Anlage.	GKV-SV, DKG, KBV <i>[keine Aufnahme]</i>
---	---

137 Q79.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems

DKG, PatV Unter dem oben genannten ICD-Kode sind neben amniotischen Schnürfurchen weitere Erkrankungen kodierbar, unter denen sich auch seltene Knochenerkrankungen befinden. Dies betrifft beispielsweise das Syndrom der Ossifikationsstörung mit psychomotorischer Entwicklungsverzögerung. Es handelt sich dabei um eine seltene primäre Knochendysplasie, die u.a. mit Ossifikationsanomalien, Fehlbildung des Brustkorbs und einer progressiven Osteopenie einhergeht. Somit ist eine Streichung des Klammerzusatzes, der die Spezifikation amniotische Schnürfurchen enthält, angemessen.	KBV Diese Anlage soll sich zukünftig auf die unter Q79.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems abgebildeten amniotische Schnürfurchen begrenzen, da die weiteren Fehlbildungen dieser ICD-Kodierung bereits komplexe systemische Skelettsystemfehlbildungen abbilden, die in einer zukünftigen ASV-Anlage ihre Verortung finden sollten.
---	--

138

DKG, PatV <u>Q87.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, andernorts nicht klassifiziert</u> Unter diesem ICD-Kode sind eine Vielzahl von sehr seltenen, teils komplexen Fehlbildungssyndromen zusammengefasst. Einige betreffen auch das Skelettsystem. Beispielhaft kann hier die X-chromosomal-dominant vererbte Chondrodysplasie, Typ Chassaing-Lacombe aufgeführt werden. Aus diesem Grund erfolgt die Ergänzung in der Konkretisierung dieser Anlage.	GKV-SV, KBV [keine Aufnahme]
--	---

139

DKG, PatV <u>E83.3- Störungen des Phosphatstoffwechsels und der Phosphathomöostase</u> Die ABK-RL enthält in ihrer Konkretisierung die ICD-Kodes E83.30 Familiäre hypophosphatämische Rachitis sowie E83.38 Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase. Da der ICD-Kode E83.31 Vitamin-D-abhängige Rachitis eine angeborene Störung des Knochenstoffwechsels mit möglichen Fehlbildungen des Skelettes umfasst, ist das Ersetzen von E83.30 und E83.38 durch den übergeordneten ICD-Kode E83.3- Störungen des Phosphatstoffwechsels und der Phosphathomöostase gerechtfertigt. Alternativ kann die Ergänzung des ICD-Kodes E83.31 erfolgen.	KBV <u>E83.30 Familiäre hypophosphatämische Rachitis</u> <u>E83.38 Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase</u> Diese Anlage soll sich zukünftig auf diese ICD-Kodes begrenzen, da die weiteren Fehlbildungen dieser ICD-Kodierung bereits komplexe systemische Skelettsystemfehlbildungen abbilden, die in einer zukünftigen ASV-Anlage ihre Verortung finden sollten.
---	--

140

DKG, PatV**E20.0 Idiopathischer Hypoparathyreoidismus**

Die Unterfunktion der Nebenschilddrüse betrifft in Europa etwa 1-4/10.000 Personen. Die idiopathischen Fälle, bei denen keine externe Ursache vorliegt, stellen einen sehr geringen Anteil aller Fälle dar und kann sich durch ein angeborenes Fehlen, einer Atrophie oder dem fettigen Ersatz der Nebenschilddrüsen manifestieren. Diese angeborene Störung kann sporadisch oder familiär gehäuft auftreten, wobei unterschiedliche Erbgänge (autosomal-dominant, autosomal-rezessiv, X-chromosomal-rezessiv) beschrieben sind. Eine Aufnahme in die Konkretisierung dieser Anlage ist angezeigt, da parallel zu anderen metabolisch bedingten angeborenen Skelettfehlbildungen eine interdisziplinäre Betreuung zur Vermeidung von Komplikationen beitragen kann.

E20.1 Pseudohypoparathyreoidismus

Diese seltene genetische Erkrankung manifestiert sich meist im Kindesalter und ist unter anderem durch eine Parathormon-Resistenz und Skelettveränderungen gekennzeichnet. Die Prävalenz wird für den klassischen Typ des Pseudohypoparathyreoidismus mit Albright-Osteodystrophie (Typ Ia) auf 1:65.000 geschätzt. Die Aufnahme in die Konkretisierung dieser Anlage erfolgt, da parallel zu anderen metabolisch bedingten angeborenen Skelettfehlbildungen eine interdisziplinäre Betreuung zur Vermeidung von Komplikationen beitragen kann.

E21.0 Primärer Hyperparathyreoidismus

Es gibt unter anderem familiär gehäufte Formen der Überaktivität der Nebenschilddrüse (Hyperparathyreoidismus) mit autosomal-dominantem Erbgang. Diese vererbte Form der Hyperplasie tritt meist im Erwachsenenalter auf und kann unbehandelt zu schweren Knochenkrankungen durch ausgedehnte Knochenresorption, Fibrose und Zystenbildung führen. Andere Formen des primären Hyperparathyreoidismus fallen bereits in den ersten Lebenstagen mit einer schweren Hyperkalzämie auf, die beispielsweise mit Deformationen des Brustkorbs, Knochenmineralisationsstörungen und Frakturen einhergeht. Aus den genannten Gründen erfolgt die Aufnahme in die Konkretisierung dieser Anlage.

E23.0 Hypopituitarismus

Der ICD-Kode E23.0 umfasst unter anderem zahlreiche kongenitale Syndrome mit Skelett- oder Knochenkrankungen. Die klinischen Ausprägungen und der Symptombeginn variieren je nach Gendefekt und betroffenen hormonellen Achsen. Es kommt beispielsweise zu verzögertem Knochenalter, Minderwuchs und proportionalen Wachstumsstörungen, Osteopenie und Osteoporose sowie bereits bei Geburt manifesten Skelettfehlbildungen. Auch diese Gruppe von Erkrankungen wird analog zu anderen metabolisch bedingten angeborenen

GKV-SV, KBV

[keine Aufnahme]

Skelettfehlbildungen in die Konkretisierung dieser Anlage aufgenommen.

E83.5- Störungen des Kalziumstoffwechsels

Die unter E83.58 kodierte Die infantile, autosomal-rezessive Hyperkalzämie manifestiert sich meist in den ersten Lebensmonaten mit Erbrechen, Wachstumsverzögerungen und Polyurie und verlangt eine engmaschige interdisziplinäre Betreuung. Bei Anpassung der Ernährung (Vitamin-D-Abstinenz, kalziumarme Diät) ist die akute Prognose gut. Allerdings bleiben Nephrocalcinosen und Hyperkalziurie oft dauerhaft bestehen. Damit einhergehend stellen neben Störungen der Skelettmineralisation die chronisch progrediente Nierenerkrankung eine relevante, langfristige Komplikation dar. Vor diesem Hintergrund erfolgt die Aufnahme in die Konkretisierung dieser ASV-Anlage.

E83.8 Sonstige Störungen des Mineralstoffwechsels

Von diesem ICD-Code sind Erkrankungen zusammengefasst, die durch einen gestörten Haushalt von Mineralstoffen gekennzeichnet sind und die nicht anders klassifizierbar sind. Diese können auch mit Wachstumsstörungen bei Kindern und Knochenerkrankungen einhergehen. Beispielsweise führen Mutationen im CYP24A1-Gen zu einer 24-Hydroxylase-Defizienz und konsekutiv durch eine gestörte Inaktivierung von Vitamin D zu Veränderungen im Calcium- und Knochenstoffwechsel. Dabei sind die Ausprägungen der skelettalen Manifestationen sehr variabel und reichen von asymptomatischen Befunden bis zu pathologisch verminderter Knochendichte, vermehrter Osteolyse, pathologischen Frakturen und verzögerter Frakturheilung. Somit ist die Aufnahme dieser Erkrankungsgruppe analog zu anderen metabolisch bedingten angeborenen Skelettfehlbildungen in die Konkretisierung dieser ASV-Anlage gerechtfertigt.

141 M88.- Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]

142 (Juveniles Paget-Syndrom)

143 Die unter M88.- kodierte juvenile Paget-Krankheit stellt eine sehr seltene Form der Paget-Er-
 144 krankung dar, deren Verlauf generalisiert und rasch fortschreitend ist und trotz Therapie mit
 145 einer schlechteren Prognose einhergeht. Die Prävalenz wird mit <1/1.000.000 angegeben, der
 146 Erbgang ist autosomal-rezessiv und der Erkrankungsbeginn liegt typischerweise im Säuglings-
 147 alter oder der Kindheit. Der pathologisch beschleunigte Knochenumbau führt zu strukturellen
 148 Veränderungen. Die Kinder fallen durch fortschreitende Skelettdeformitäten, Schmerzen,
 149 Wachstumsstörung, Frakturen, Bewegungseinschränkungen und Schwerhörigkeit auf. Aus
 150 den genannten Gründen erfolgt die Aufnahme dieser Indikation in diese ASV-Anlage.

151 **2.2.2 Behandlungsumfang**

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

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

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

Die Aufnahme von diagnostischen, therapeutischen und beratenden Leistungen erfolgte in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL.

165 Diagnostik

Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen erfolgte im Grundsatz in Anlehnung an die bisher in Kraft getretenen Regelungen der ASV-RL Anlage 2. Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

In der ABK-RL umfasst die Diagnostik bereits die allgemeine Herzfunktionsdiagnostik. Diese wird mit Formulierung der ASV-RL um die spezielle Herzfunktionsdiagnostik ergänzt. Eine weiterführende kardiale Diagnostik kann beispielsweise im Kontext von strukturellen thorakalen Veränderungen sowie metabolischen Störungen mit Auswirkungen auf die Reizweiterleitung und Funktion des Herzmuskels indiziert sein.

174 Augenärztliche Diagnostik

KBV, PatV

Durch Erweiterung dieser ASV-Anlage um das EDS gewinnt diese Diagnostik zunehmend an Bedeutung. Nach ABK-RL konnte die Fachgruppe für Augenheilkunde bereits hinzugezogen werden.

GKV-SV, DKG

[keine Aufnahme]

175 Punktionen und Biopsien

Um klinische Befunde zu interpretieren, kann teilweise weitere Diagnostik indiziert sein. Dies umfasst die Gewinnung von Gewebeproben oder Flüssigkeiten für die anschließende pathologische Beurteilung. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme in den Behandlungsumfang.

179 Behandlung

Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und unerwünschten Behandlungsfolgen. Als Orientierung dienten die ABK-RL sowie andere ASV Anlagen.

Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 6 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 6 ASV-RL erfüllt sind

190 Ergänzungen:

GKV-SV, DKG, PatV <u>Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen</u> Sollte zur Durchführung von Diagnostik oder kleinen chirurgischen Eingriffen, welche bereits in der ABK-RL vorgesehen sind, Sedierung, Analgesie oder ein Narkoseverfahren notwendig sein, sollte dies auch ermöglicht werden. Vor allem in Anbetracht der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie potentiell komplizierten und atypischen anatomischen Verhältnissen ist diese Möglichkeit relevant. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme in den Behandlungsumfang.	KBV [keine Aufnahme]
--	---

191 **Beratung**

192 Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde inhaltlich angepasst.

193 Bereits in der ABK-RL war die psychosoziale Beratung ein Bestandteil des Beratungsumfanges.
 194 Bei dem chronischen und zumeist mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen verbundenen Krankheitsverlauf ist die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten von Patientinnen und Patienten, wie auch deren Bezugspersonen, essenziell und wird
 195
 196
 197 in die ASV-RL nach §116b SGB V übernommen.

198 zu Sexualität und Familienplanung und Schwangerschaft

DKG Angeborene Skelettsystemfehlbildungen können genetisch bedingt sein und somit Auswirkungen auf die Familienplanung haben. Ebenso können sich Einfluss auf die Sexualität der Betroffenen haben, sodass die Beratung zu beiden Aspekten in den Behandlungsumfang aufgenommen wurde. Dies umfasst auch eine grundlegende Beratung zur Schwangerschaft. Für eine weiterreichende Beratung im Falle einer Schwangerschaft wäre eine weitere Ergänzung des interdisziplinären Teams erforderlich. Zudem ist bereits aus anderen erkrankungsspezifischen Anlagen bekannt, dass viele Patientinnen für diese Konsultation ihre bekannten Gynäkologen bevorzugen. Um die Teambildung nicht zusätzlich zu erschweren wird auf die Aufnahme verzichtet.	KBV, PatV Wird in Anlehnung an die Beratung in anderen ASV-Anlagen mit ähnlichem Beratungsbedarf um Beratung zur „Schwangerschaft“ erweitert.
--	--

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

201 Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Durch die Be-
 202 ratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen, die für seine Erkrankung
 203 geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des Patienten bleibt bestehen. Be-
 204 reits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisa-
 205 tionen hin.

206 Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann die Ernährung
 207 den Verlauf der Erkrankung u.a. durch positiv verändern.

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

210 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

211 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

212 Die Regelungen zu den personellen Anforderungen wurden entsprechend der bisherigen An-
 213 lagen der ASV-RL in ihrer Struktur grundsätzlich übernommen und spezifisch für die angebo-
 214 renen Skelettsystemfehlbildungen definiert.

215 Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden die Regelungen zu den personel-
 216 len Anforderungen in der ASV-RL der neuen Teamgestaltung angepasst, obgleich das Spekt-
 217 rum an Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

218 Die Festlegung der personellen Anforderung stellt vor dem Hintergrund des breiten Spektrums
 219 an eingeschlossenen Erkrankungen eine Herausforderung dar. Dies betrifft in der ersten und
 220 zweiten Ebene vorrangig das Gebiet der Inneren Medizin. Die Expertise zu Erkrankungen des
 221 Knochens ist innerhalb des Gebietes Innere Medizin breit verankert und in mehreren Fach-
 222 gruppen Weiterbildungsinhalt gemäß Musterweiterbildungsordnung. Eine spezifische Zu-
 223 satzqualifikation zu Erkrankungen des Skelettsystems oder des Knochens findet sich innerhalb
 224 der Musterweiterbildungsordnung nicht.

225 Da sich in der Musterweiterbildungsordnung sowohl für die internistischen Fachgruppen En-
 226 dokrinologie und Diabetologie, Nephrologie als auch Rheumatologie Weiterbildungsinhalte
 227 mit Bezug zu Knochenstoffwechsel, Knochenerkrankungen und den Knochen betreffende Fol-
 228 geerkrankungen endokriner Regulationsstörungen finden, ist eine klare Abgrenzung zwischen
 229 diesen drei Fachgruppen nicht möglich. Vielmehr werden diese Fachgruppen innerhalb der
 230 Inneren Medizin als grundsätzlich gleichwertig eingeschätzt, was das Einbringen internisti-
 231 scher Expertise mit Bezug zum Knochenstoffwechsel betrifft. Aufgrund der Seltenheit der Er-
 232 krankungen und dem breiten Indikationsspektrum ist die spezifische Expertise für die jewei-
 233 lige Einzelerkrankung jedoch nicht einer bestimmten Fachgruppe oder allen Fachgruppen ge-
 234 meinsam zuzuordnen. Die erforderliche Expertise variiert und ist davon abhängig welche Er-
 235 krankungen im Einzelnen durch das Team behandelt werden.

236 **a) Teamleitung**

237 Angelehnt an die Regelungen der ABK-RL und unter Berücksichtigung der Übertragung in die
 238 ASV-Anlage kann die Koordination des Teams innerhalb der Inneren Medizin einem Facharzt
 239 für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Nephrologie
 240 oder Innere Medizin und Rheumatologie obliegen. Die Teamleitung kann alternativ dazu durch
 241 einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgen.

242 Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt wer-
 243 den. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, wurde zudem für die Teamleitung die
 244 Möglichkeit eröffnet, alternativ einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwer-
 245 punkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie, einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit

Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen. Alternativ kann ein Facharzt für Kinderchirurgie mit Kinder- und Jugend-Orthopädie benannt werden. Die Teamleitung durch einen Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie ist wie oben ausgeführt auch möglich. Der G-BA ermöglicht den Fachgruppen auf diesem Wege die Leitungsfunktion, insbesondere in Teams, die überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln.

Nach aktueller (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden ehemalige Zusatz-Weiterbildungen im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunktbezeichnungen überführt. Den Regelungen des §3 Absatz 3 der ASV-RL folgenden werden im Beschluss die aktuell gültigen Qualifikationsbezeichnungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung verwendet. Der G-BA geht davon aus, dass diese auch Fachärzte umfassen, die die entsprechende Qualifikation als Zusatz-Weiterbildung nach altem Recht erworben haben und § 3 Absatz 3 Satz 2 der ASV-RL gilt. Somit können auch Fachärzte benannt werden, die über eine Zusatz-Weiterbildung nach altem Recht verfügen.

b) Kernteam

DKG, KBV	GKV-SV, PatV
Für das Gebiet Innere Medizin ist mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt mit einer der folgenden Facharztbezeichnungen zu benennen. [KBV: Diese Facharztgruppen können sich hinsichtlich ihrer Expertise zu osteologischen Fragestellungen, die für diese Anlage relevant sind, ersetzen, auch wenn die Inhalte der jeweiligen Zusatzweiterbildungen nicht identisch sind.]	<i>[keine Aufnahme]</i>

Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Aufgrund der fachgruppenübergreifenden Expertise bezüglich der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Knochens und vor dem Hintergrund der Seltenheit der von der Konkretisierung umfassten angeborenen Erkrankungen des Skelettsystems, ist nicht in jedem Fall die Vorhaltung aller im Kernteam genannten internistischen Fachgruppen notwendig und vorgesehen. Es obliegt dem jeweiligen Team, welche der drei genannten Fachgruppen innerhalb der Inneren Medizin einbezogen wird. Es ist jedoch mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Nephrologie oder Innere Medizin und Rheumatologie für das Kernteam zu benennen. Damit werden gegenüber der ABK-RL die Fachgruppen Innere Medizin und Nephrologie oder Innere Medizin und Rheumatologie im Team ergänzt. Diese Regelungen sollen die Einbindung der für das jeweilige Erkrankungsspektrum des Teams erforderliche Expertise ermöglichen, ohne dass Fachärztinnen und Fachärzte im Team vorgehalten werden müssen, die nicht in die Behandlung eingebunden werden und somit die Bildung von ASV-Teams erschweren würde.

GKV-SV, KBV

bei hereditären und strukturellen Skelettsystemfehlbildungen zusätzlich auch Innere Medizin und Pneumologie

Insbesondere diese Erkrankungsgruppen gehen infolge der knöchernen Veränderungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax häufig mit gestörter Lungenfunktion, Belüftungsstörungen und infolgedessen mit daraus resultierenden pulmonologischen Komplikationen wie rezidivierende Pneumonien, atembezogenen Schlafstörungen einher. Daher ist die Verortung dieser FG im Kernteam erforderlich.

DKG, PatV

[hier keine Aufnahme, Verortung unter 3.1c) Hinzuzuziehende]

277 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist für das Kernteam zusätzlich eine Fach-
278 ärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-
279 Endokrinologie oder -Nephrologie oder -Rheumatologie vorgesehen, da die Expertise eines
280 Kinder- und Jugendmediziners zwingend erforderlich ist.

GKV-SV, KBV

bei hereditären und strukturellen Skelettsystemfehlbildungen auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie

DKG, PatV

[hier keine Aufnahme, Verortung unter 3.1c) Hinzuzuziehende]

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

281 Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Ver-
282 fügbarkeit an Fachärztinnen und Fachärzten mit diesen Schwerpunkten bestehen, ist die Be-
283 nennung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin auch ohne
284 Schwerpunkt möglich, falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
285 mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist und somit die Teambildung erschwert würde.

286 Zusätzlich ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Kinder-
287 und Jugend-Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Un-
288 fallchirurgie mit Kinder- und Jugend-Orthopädie zu benennen. Dies ist vor dem Hintergrund
289 relevant, dass Therapiekonzepte von jenen in der Erwachsenenmedizin abweichen können,
290 wenn es sich um ein heranwachsendes Kind oder Jugendlichen handelt und damit ein noch im
291 Wachstum befindliches Skelettsystem betrifft.

292 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

293 Gemäß § 3 Absatz 2 ASV-RL sind die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte solche,
294 deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typi-
295 scherweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. Neben
296 bereits in der ABK-RL verorteten Facharztgruppen wurde die ASV Anlage um Weitere ergänzt.

297 **Für folgende Fachdisziplinen, die bereits in der ABK-Richtlinie benannt sind, wurde eine**

298 **Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:**

- 299 - Augenheilkunde

GKV-SV, KBV, PatV – Frauenheilkunde und Geburtshilfe	DKG [streichen]
--	---------------------------

- 300 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

- 301 - Humangenetik

- 302 - Innere Medizin und Kardiologie

DKG, PatV - Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV, KBV [hier keine Aufnahme, Verortung unter 3.1 b) Kernteam]
--	--

303

GKV-SV, PatV - Neurochirurgie	DKG, KBV [keine Aufnahme]
---	-------------------------------------

- 304 - Neurologie

- 305 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
306 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärzt-
307 licher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für
308 Erwachsene

- 309 - Radiologie

310 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende Fachärztinnen
311 und Fachärzte benannt werden:

- 312 - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

- 313 - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

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

GKV-SV, DKG, PatV <u>Anästhesiologie</u> Sollte zur Durchführung von Diagnostik oder kleinen chirurgischen Eingriffen, welche bereits in der ABK-RL vorgesehen sind, Sedierung, Analgesie oder ein Narkoseverfahren notwendig sein, sollte dies auch ermöglicht werden. Vor allem in Anbetracht der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie potentiell komplizierten und atypischen anatomischen Verhältnissen ist diese Möglichkeit relevant. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme der Anästhesiologie in die Ebene der Hinzuzuziehenden.	KBV [keine Aufnahme]
--	--------------------------------

316

KBV, PatV <u>bei Ehlers-Danlos-Syndrom auch Haut- und Geschlechtskrankheiten</u> Durch Erweiterung dieser ASV-Anlage um das EDS gewinnt diese Facharztgruppe an Bedeutung für spezifische Fragestellungen und wird ins Team als Hinzuzuziehende aufgenommen.	GKV-SV, DKG [keine Aufnahme]
---	--

317 Innere Medizin und Gastroenterologie

318 Eine relevante Zahl der von der Konkretisierung umfassten Patientinnen und Patienten sind
319 von gastrointestinalen Symptomen betroffen. Diese entstehen durch Funktionsstörungen im
320 Verdauungstrakt, sekundäre Auswirkungen des Stoffwechsels oder durch begleitende Or-
321 ganfehlbildungen. Aus diesem Grund wird die Fachgruppe unter den Hinzuzuziehenden auf-
322 genommen.

323 Laboratoriumsmedizin

324 [...]

GKV-SV, PatV <u>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</u> [...]	DKG, KBV [keine Aufnahme]
--	-------------------------------------

325 Nuklearmedizin

326 Nuklearmedizinische Diagnostik kann im Rahmen der Beurteilung des Skelettsystems erfor-
327 derlich sein, sodass diese Fachgruppe im Team ergänzt wurde.

328 Pathologie

329 Im Rahmen der Diagnostik dieser Anlage ist die Einbindung der pathologischen Fachexpertise
330 medizinisch erforderlich. Daher wird die Facharztgruppe Pathologie in der dritten Ebene des
331 Behandlungsteams ergänzt.

332 Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psy-
333 chologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychothe-
334 rapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Erwachsene

335 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann eine Fachärztin oder ein Facharzt
336 benannt werden:

- 337 - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- 338 oder

DKG, PatV - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	GKV-SV, KBV [hier keine Aufnahme, Verortung unter 3.1 b) Kernteam]
---	---

- 339 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendli-
- 340 chenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
- 341 Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche

DKG, PatV <u>Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Phoniatrie und</u>	GKV-SV, KBV
---	--------------------

<u>Pädaudiologie benannt werden.</u> Dies folgt dem Umstand, dass der Behandlungsumfang auch die Versorgung mit Hörgeräten umfasst. Laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer verfügen jedoch nur wenige Ärztinnen und Ärzte über die entsprechende Expertise. Um die Teambildung nicht zu erschweren wurde deshalb für ihre Einbindung eine Kann-Regelung vorgesehen.	[keine Aufnahme]
---	------------------

342

GKV-SV, DKG, PatV Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie verfügen. [...]	KBV [keine Aufnahme]
--	--------------------------------

343 **Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden folgende Facharztgruppen**
 344 **nicht ins ASV-Team aufgenommen:**

345

DKG, KBV [DKG: Frauenheilkunde und Geburtshilfe und] Neurochirurgie Die Einbindung dieser Fachgruppen ist bei der Behandlung der in dieser Anlage adressierten Patientinnen und Patienten mit Skelettsystemfehlbildungen nicht regelhaft erforderlich, sodass sie nicht in das interdisziplinäre Team aufgenommen wurden. Wenngleich insbesondere bei einzelnen syndromalen Erkrankungen mögliche Konsultationsanlässe denkbar sind, soll durch die Eingrängung des Teams die sowieso bereits herausfordernde Teambildung nicht weiter erschwert werden.	GKV-SV, PatV [keine Aufnahme]
--	---

346 **[PatV: Zahnheilkunde und] Kieferorthopädie**

347 Laut §116b Absatz 2 Satz 1 können zugelassene Krankenhäuser und an der vertragsärztlichen
 348 Versorgung teilnehmende Leistungserbringer an der ASV teilnehmen. Zahnärzten ist eine Teil-
 349 nahme an der ASV nicht möglich, sodass die Fachgruppen Zahnheilkunde und Kieferorthopä-
 350 die nicht Teil des interdisziplinären Teams sind. Da die jeweilige Expertise im Rahmen der Be-
 351 treuung von Patientinnen und Patienten mit Skelettsystemfehlbildungen erforderlich sein
 352 kann, waren sie Teil der Konkretisierung der ABK-RL. In der ASV ist vor diesem Hintergrund
 353 eine Verortung in Nummer 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen erfolgt.

PatV Personelle Anforderungen: Syndromale und systemische angeborene Erkrankungen mit Knochenbeteiligung a) Teamleitung – Innere Medizin und Rheumatologie	GKV-SV, DKG, KBV [keine Aufnahme]
--	---

– Orthopädie und Unfallchirurgie b) Kernteam – Innere Medizin und Rheumatologie – Orthopädie und Unfallchirurgie c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte – Anästhesiologie – Augenheilkunde – Haut- und Geschlechtskrankheiten – Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Humangenetik – 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 oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene – Radiologie Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie verfügen. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Neuropädiatrie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.	
--	--

354 2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

355 Die Regelungen wurden entsprechend der ABK-RL grundsätzlich in den Beschluss übernom-
356 men. Es haben sich folgende Änderungen ergeben:

357 Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet wer-
358 den, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a. eine

Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozialen Beratungsangeboten“. Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen.

Die Anforderungen an die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsfachdisziplinen Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Orthopädiethchnikmechaniker, und Physiotherapie wurden grundsätzlich aus der ABK-RL übernommen. Auch ist eine Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten vorgesehen.

DKG, PatV

Ernährungstherapie

[...]

GKV-SV, KBV

[keine Aufnahme]

Kieferorthopädie

Die Fachgruppe Kieferorthopädie konnte im Rahmen der ABK-RL im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Skelettsystemfehlbildungen einbezogen werden. Da eine Aufnahme in das interdisziplinäre Team in der ASV nicht möglich ist, ist alternativ eine Zusammenarbeit vorgesehen.

PatV

Zahnheilkunde

Die Fachgruppe Zahnheilkunde war im Rahmen der ABK-RL im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Skelettsystemfehlbildungen einbezogen. Da eine Aufnahme zahnärztlicher Fachgebiete in das interdisziplinäre Team in der ASV nicht möglich ist, ist alternativ eine Zusammenarbeit vorgesehen.

GKV-SV, DKG, KBV

[keine Aufnahme]

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

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

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

2.2.3.3 Dokumentation

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

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

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

395 **2.2.3.4 Mindestmengen**

396 Keine.

397 **2.2.4 Überweisungserfordernis**

398 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-
 399 handelnden Vertragsarzt.

GKV-SV, KBV

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

DKG, PatV

[keine Aufnahme]

400

DKG, PatV

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen

GKV-SV, KBV

[keine Aufnahme]

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

404 **2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

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

408 Dadurch wird der G-BA der ihm vom Gesetzgeber zugeschriebenen Kompetenz gerecht, den
 409 Behandlungsumfang zu definieren und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der er-
 410 gänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V insbesondere seinen Aufgaben nach
 411 § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V nachkommen kann.

412 Der Appendix ist in zwei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewer-
 413 tungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositio-
 414 nen (GOP) abschließend in Abschnitt 1 benannt.

415 Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der
 416 erkrankungsspezifischen Regelungen. Dabei wurden die EBM-Gebührenordnungspositionen
 417 grundsätzlich unter Berücksichtigung der entsprechenden Abrechnungsbestimmungen des
 418 EBM sowie unter besonderer Berücksichtigung der für eine Arztgruppe im EBM abrechnungs-
 419 fähigen Gebührenordnungspositionen zugewiesen. Abweichungen ergaben sich aus dem ASV-

spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So wurden u.a. der 3. Ebene, die lediglich auf Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden kann, keine Leistungen zugeordnet, die nicht zum Kern des Fachgebietes gehören.

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

Grundlage für den Ziffernkranz bei der Behandlung der angeborenen Skelettsystemfehlbildungen ist der 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 2025 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2025. Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Der Regelungsauftrag des G-BA zur Bestimmung des Behandlungsumfangs der ASV gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V macht es nicht erforderlich, den Behandlungsumfang in der ASV-RL dauerhaft über GOPen des EBM zu konkretisieren. Ein Appendix in der ASV-RL tritt daher nach § 5b / 5a ASV-RL außer Kraft, wenn der entsprechende Beschluss des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen in Kraft getreten ist und keine Beanstandung des entsprechenden Beschlusses des ergBA durch das BMG erfolgt ist. Durch das Außerkrafttreten der Appendizes in der ASV-RL wird dem ergBA die Möglichkeit eröffnet, die abrechnungsfähigen ASV-Leistungen zügiger an EBM-Aktualisierungen anzupassen, ohne dass diesen Anpassungen normative Appendizes in der ASV-RL entgegenstehen, die auf älteren Fassungen des EBM beruhen.

Der G-BA prüft regelmäßig den Anpassungsbedarf des Behandlungsumfangs. Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Behandlungsumfang ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA erteilt. Soweit zur Änderung der Bestimmung des Behandlungsumfangs erforderlich, beschließt der G-BA gemäß § 5a/b Absatz 1 Satz 3 ASV-RL einen Anpassungs-Appendix, der sich auch auf einzelne Leistungen beschränken kann.

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

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

Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese von den vertragsärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der ASV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung des § 5 Absatz 1 Satz 6 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

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

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

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

Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

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

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

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

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

Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

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

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 XX Euro und einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten befindet sich in Anlage 1.

4. Verfahrensablauf

Am 15. Januar 2025 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 22. Juli 2025 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
8. November 2024	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen
15. Januar 2025	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
19. Februar 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
5. März 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
15. April 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
15. Mai 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
17. Juni 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Juli 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
22. Juli 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
30. Juli 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
6. August 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
26. August 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratung des Appendix
17. September 2025	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
28. Oktober 2025	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
12. November 2025	UA ASV	Beschlussempfehlung an das Plenum
18. Dezember 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

548 **Stellungnahmeverfahren**

549 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Daten-
 550 schutz und die Informationsfreiheit (BfDI) sowie den stellungnahmeberechtigten Organisatio-
 551 nen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundes-
 552 ausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §
 553 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 2 – Buchstabe p angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
 554 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt
 555 sind.

556 Mit Beschluss des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung vom 17. Sep-
 557 tember 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 22. September 2025 eingeleitet. Die den
 558 stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**.
 559 Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 20. Oktober 2025.

560 Es wurden XX Stellungnahmen fristgerecht, XX Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie XX
 561 Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich
 562 in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

563 Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 28. Oktober
 564 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
 565 in seiner Sitzung am 12. November 2025 durchgeführt (**Anlage 5**).

566 **5. Fazit**

567 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2025 beschlossen,
 568 die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V zu ändern: Ergänzung
 569 der Anlage 2 – Buchstabe p angeborenen Skelettsystemfehlbildungen.

570 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

571 **6. Literaturverzeichnis**

572 [Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an
 573 das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des Litera-
 574 turverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende Dokumenta-
 575 tion) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]

576 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

577 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

578 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

579 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf
 580 über eine Änderung der ASV-RL sowie versandte Tragende Gründe

581 Anlage 4: Stellungnahme

582 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme

583

584 Berlin, den 18. Dezember 2025

585 Gemeinsamer Bundesausschuss
586 gemäß § 91 SGB V
587 Der Vorsitzende

588

589 Prof. Hecken

Von: [M.Liedke \(BPtK\)](#)
An: asv@g-ba.de
Cc: [Volkhardt, Jana Maria](#); [Info BPtK](#)
Betreff: AW: G-BA - Einleitung Stellungnahmeverfahren zur Änderung ASV-RL: Ergänzung Anlage 2p) angeb. Skelettsystemfehlbildungen
Datum: Donnerstag, 9. Oktober 2025 12:47:38
Anlagen: [image002.png](#)

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 Volkhardt,
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung am o. g. Stellungnahmeverfahren. Die BPtK wird dieses Mal auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichten.

Freundliche Grüße

i. A. Maximilian Liedke
(er/ihm; he/him)
Sekretariat

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-47
E-Mail: liedke@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 den bezeichneten Adressaten bestimmt. Wenn Sie nicht der richtige Adressat oder dessen Vertreter sind, setzen Sie sich bitte mit dem Absender der E-Mail in Verbindung. Jede Form der Veröffentlichung, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhalts fehlgeleiteter E-Mails ist unzulässig.

Von: Volkhardt, Jana Maria <jana.volkhardt@g-ba.de> **Im Auftrag von** asv@g-ba.de
Gesendet: Montag, 22. September 2025 16:27
An: Volkhardt, Jana Maria <jana.volkhardt@g-ba.de>
Cc: asv@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung Stellungnahmeverfahren zur Änderung ASV-RL: Ergänzung Anlage 2p) angeb. Skelettsystemfehlbildungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme zur Änderung der ASV-RL: *Ergänzung der Anlage 2p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen*. 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

gez. i.A. **Karola Pötter-Kirchner, MPH**
Abteilungsleiterin

i.A. **Jana Volkhardt**
Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

asv@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

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#1558

(bitte immer angeben)

Dok.: 105786/2025

Anlage:

Bonn, 13.10.2025

Änderung der ASV-RL: Ergänzung Anlage 2p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Zum o.g. Beschlussentwurf sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

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



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
22. September 2025

Durchwahl
-142

Datum
15. Oktober 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):
Anlage 2 p) Skelettsystemfehlbildungen**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Anpassung
der Anlage 2 p) Skelettsystemfehlbildungen.

Die Bundeszahnärztekammer gibt hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 20.10.2025

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

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
Frau Karola-Pötter-Kirchner
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Ihr Schreiben vom 22.09.2025

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 22.09.2025, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Ergänzung der Anlage 2 p)
angeborene Skelettsystemfehlbildungen (ASV-RL) gegeben wird.

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

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin