



# Tragende Gründe

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

Vom 18. Juni 2026

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>9</b>
<b>1.</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>12</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

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

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

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

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

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

Nach § 116b Absatz 4 Satz 4 SGB V regelt der G-BA die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Der G-BA hatte hierzu in § 3 Absatz 5, § 4 Absatz 2 und § 12 unter anderem festgelegt, dass die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V (QSV) entsprechend gelten. Diese bisher entsprechend geltenden Regelungen hat der G-BA mit dem Beschluss vom 15. Juni 2023 in konkrete, auf die ASV angepasste übergeordnete allgemeine Tatbestände in § 4a und leistungsspezifische Qualitätsanforderungen im Anhang zu § 4a umgesetzt. Mit der Konkretisierung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen wird einerseits angestrebt, die im Rahmen des Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen nachzuweisenden Anforderungen zu vereinheitlichen und damit bundeseinheitliche Qualitätsstandards in der ASV zu fördern. Darüber hinaus sollen durch die Berücksichtigung sektorspezifischer Besonderheiten zugleich bürokratiearme Nachweise für die Erfüllung der Anforderungen ermöglicht werden. Eine Konkretisierung von leistungsspezifischen Anforderungen erfolgte mit dem Beschluss vom 15. Juni 2023 zunächst für die Leistungsbereiche Langzeit-EKG, Strahlendiagnostik- und -therapie sowie Koloskopie. Weitere für die ASV relevante Leistungsbereiche, für die Qualitätsanforderungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, werden sukzessive in den leistungsspezifischen Anhang des § 4a überführt.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden leistungsspezifische Anforderungen für die Leistungsbereiche Ultraschall beziehungsweise Sonographie, Kurative Mammographie und Vakuumbiopsie der Brust konkretisiert. Diese Leistungen dürfen in der ASV durchgeführt werden, wenn die übergeordneten Tatbeständen gemäß § 4a oder alternativ die Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen im Anhang zu § 4a gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (eLA) angezeigt wurde.

Grundlage der in diesem Anhang aufgeführten Regelungen sind die entsprechenden QSV. Die QSV umfassen personenbezogene Anforderungen an den Genehmigungsinhaber, die neben dem Genehmigungserhalt teilweise auch kontinuierlich zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen sind. Eine 1:1-Übertragung der Vorgaben der QSV in die ASV ist daher nicht möglich. Abweichungen der einzelnen Regelungen des Anhangs von den Inhalten der jeweiligen QSV beruhen auf den unterschiedlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vorgaben im vertragsärztlichen und im Krankenhaussektor. Der bürokratische Aufwand der Qualitätsnachweise in der ASV soll auf ein

sinnvolles Maß beschränkt werden. Bei der Überführung leistungsbereichsbezogener Qualitätsanforderungen wurden grundsätzlich die Bezeichnungen der aktuellen Fassung der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO) zugrunde gelegt; entsprechende Bezeichnungen nach altem Weiterbildungsrecht sind gemäß § 3 Absatz 3 Satz 2 ASV-RL eingeschlossen. Soweit eine QSV Kompetenzen voraussetzt, die nach der MWBO bereits im Rahmen der Weiterbildung erworben werden, wurde dies bei der Überführung in leistungsspezifische Qualitätsanforderungen in den Anhang zu § 4a berücksichtigt. Übergeordnete und bereits anderweitig geregelte Anforderungen, beispielsweise technische oder apparative Voraussetzungen, wurden nicht vollumfänglich aus den jeweiligen QSV übernommen. Im Gegensatz zu den Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V verzichtet der G-BA zudem auf die Aufnahme von kontinuierlichen Prüfungen.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### **2.1 Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen**

#### **Zu 5. Ultraschall**

Die Sonographie oder Ultraschalluntersuchung ist deutschlandweit das am häufigsten durchgeführte bildgebende Untersuchungsverfahren, wobei keine ionisierenden Strahlen, sondern hochfrequente Schallwellen eingesetzt werden. Um den bürokratischen Aufwand möglichst gering zu halten, hat der G-BA abweichend von der QSV Ultraschall auf die Differenzierung der verschiedenen Organsysteme gemäß den Anlagen I und II QSV (Anforderungen an die fachliche Befähigung) verzichtet.

Analog zur QSV werden drei mögliche Zugangswege zum Nachweis der fachlichen Qualifikation für die Erbringung von Ultraschalleistungen definiert. Die fachlichen Voraussetzungen gelten als erfüllt, wenn die jeweilige Fachgruppe gemäß MWBO diese im Rahmen der Weiterbildung erwirbt bzw. laut Weiterbildungsrecht zur Durchführung der Sonographieleistung berechtigt ist oder eine mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet erfolgte, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst oder wenn Grund-, Aufbau- und Abschlusskurse im jeweiligen Anwendungsgebiet absolviert wurden. Beide letztgenannten Möglichkeiten erfordern zum Erwerb der entsprechenden Kompetenz zusätzlich die erfolgte Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt.

Auf die Vorgabe von Mindestuntersuchungszahlen für jedes Anwendungsgebiet im Bereich Ultraschall wird verzichtet. Es wird davon ausgegangen, dass die Untersuchungszahlen, die im Rahmen der Facharztausbildung zu erbringen sind, auch für die weiteren Zugangswege nicht unterschritten werden. Für die Anwendung von Ultraschallgeräten im Rahmen der ASV sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, wie die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte, das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, das Gerätesicherheitsgesetz, sowie die entsprechenden Normen zu beachten.

Auf die Festlegungen weiterer Anwendungsbereichsspezifischer apparativer Anforderungen wird im Rahmen der ASV verzichtet. Es wird vorausgesetzt, dass Leistungserbringer darauf achten, dass insbesondere die eingesetzten Schallköpfe auf das jeweilige Anwendungsgebiet und die zu untersuchende Patientengruppe ausgerichtet sind.

Ultraschalleistungen werden in Kapitel 33 des EBM abgebildet. Sofern eine dieser GOP in einem anlagespezifischen Appendix einer Fachgruppe zugeordnet wurde, ist die Erfüllung der Anforderungen für mindestens einen ASV-Berechtigten gegenüber dem eLA anzuzeigen.

## **Zu 6. Kurative Mammographie**

Die Anwendung von Strahlung zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken wird unter anderem über das Strahlenschutzgesetz, die Strahlenschutzverordnung und die Röntgenverordnung geregelt. Diese übergeordneten Regelungen und Anforderungen gelten unabhängig davon, in welchem leistungsrechtlichen Kontext Strahlen eingesetzt werden, und sind von den jeweilig zuständigen Stellen zu überprüfen.

Die GOP 34270 und 34272 bilden die kurative Mammographie im EBM ab. Sofern diese GOP in einem anlagespezifischen Appendix einer Fachgruppe zugeordnet wurden, ist die Erfüllung der Anforderungen für mindestens einen ASV-Berechtigten gegenüber dem eLA anzuzeigen.

Der Erwerb von Kompetenzen in der Strahlendiagnostik incl. der Mammographie ist wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung im Gebiet Radiologie. Aus Gründen des Bestandsschutzes wurde analog zur geltenden Regelung in der QSV auch die Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma nach altem Recht aufgenommen. Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dieser Zusatzbezeichnung und Fachärzte für Radiologie erfüllen grundsätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung für Leistungen der kurativen Mammographie. Die Zusatzweiterbildung für die fachgebundene Röntgendiagnostik ist heute nicht mehr Bestandteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die diese Zusatzbezeichnung nach altem Recht führen, sollen die Leistung vergleichbar zur vertragsärztlichen Versorgung nach der QSV zur kurativen Mammographie auch im Rahmen der ASV erbringen können. Für beide Fachgruppen wurden entsprechend der QSV Mindestmengen an Palpationen und Inspektionen der Mammae sowie an Befundungen von Mammographien vorgegeben, die durchgeführt sein müssen. Ebenso wird eine Mindestmenge an Patientinnen gefordert, für die der Strahlengang persönlich eingestellt wurde. Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Facharztweiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.

Darüber hinaus ist eine weitere Voraussetzung analog den Vorgaben der QSV für beide Facharztgruppen der Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Mammographie-Aufnahmen. Die Beurteilung der Fallsammlung kann entweder gemäß den Anforderungen nach den §§ 6 und 7 der QSV Kurative Mammographie erfolgen (Fallsammlung einer KV zur Kurativen Mammographie) oder gemäß Anhang 5 zu Anlage 9.2 BMV-Ä (Fallsammlung von Mammographiescreening-Aufnahmen bei einem Referenzzentrum). Als Nachweis der Voraussetzung kann sowohl die erstmalige Beurteilung einer Fallsammlung zum Nachweis der fachlichen Befähigung als auch die Beurteilung einer Fallsammlung von Mammographie-Aufnahmen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung dienen.

Auf die Pflicht zur kontinuierlichen Nachweisführung der regelmäßigen Teilnahme an Fallsammlungsprüfungen gegenüber den eLA wird, wie auch in der Überführung der Anforderungen anderer QSV, verzichtet, da es sich hier um eine initiale Prüfung von Teilnahmevoraussetzungen handelt.

Für beide Facharztgruppen geht der G-BA davon aus, dass diese für die spezifischen Untersuchungen in Organisationseinheiten tätig sind, die die übergeordneten Vorgaben des Strahlenschutzes, inkl. der erforderlichen Fachkunde nach § 47 StrlSchV, sowie weitere räumliche, apparative und organisatorische Anforderungen erfüllen. Eine zusätzliche Anzeige gegenüber dem eLA für die ASV ist somit nicht erforderlich.

## **Zu 7. Vakuumbiopsie der Brust**

Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen der Vakuumbiopsie der Brust gemäß GOP 34274 erbringen wollen, müssen die Anforderungen zur Erbringung von Leistungen der Mammasonographie und der Mammographie erfüllen.

Zudem müssen Anzeigensteller anzeigen, dass sie über die notwendige Erfahrung in der Anwendung der Methode verfügen.

Die diesbezüglichen Anforderungen wurden aus der zugrundeliegenden QSV übernommen. Dem grundsätzlichen Vorgehen bei der Überführung der QSV wird gefolgt, indem kontinuierliche Prüfungen nicht übernommen wurden. Dies folgt dem Umstand, dass entsprechend §116b Absatz 2 Satz 1 den eLA die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen angezeigt werden muss, um Leistungen der ASV erbringen zu können. Eine erneute Prüfung nach 5 Jahren ist möglich, eine kontinuierliche Prüfung der Teilnahmevoraussetzung jedoch nicht vorgesehen. Bereits mit dem Beschluss vom 15.06.2023 hatte der G-BA dargelegt, dass dadurch der bürokratische Aufwand der Qualitätsnachweise in der ASV auf ein sinnvolles Maß beschränkt werden soll.

## **2.2 Anpassungen von Vorgaben, die mehrere erkrankungsspezifische Regelungen betreffen**

### Überführung der Zusatzweiterbildungen in Schwerpunktweiterbildungen im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin

Der Deutsche Ärztetag 2025 hat die Muster-Weiterbildungsordnung (Muster-WBO) dahingehend geändert, dass die bisherigen Zusatzweiterbildungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin zu Schwerpunktweiterbildungen werden. Mit der Aufnahme der Schwerpunkt- statt der bisherigen Zusatzweiterbildungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin vollzieht der G-BA diese Änderung der Muster-WBO in diesem Beschluss zur Änderung 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 Zusatzweiterbildungen des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunktweiterbildungen in der Muster-WBO weder Weiterbildungsinhalte, noch Weiterbildungszeiten oder das Prüfungserfordernis geändert wurden, sind die alten Zusatzweiterbildungen gleichwertig mit der neuen Schwerpunktweiterbildungen, so dass zur Erfüllung der personellen Anforderungen statt oder neben entsprechender Fachärztinnen und Fachärzte aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktweiterbildung auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatzweiterbildung benannt werden können.

Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss die Möglichkeit der Erfüllung der entsprechenden personellen Anforderungen sowohl durch Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung als auch durch solche mit Schwerpunktweiterbildung auch bei der Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen berücksichtigt.

### Systematische Ergänzung von Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche

Mit dem am 15. November 2019 beschlossenen und am 1. September 2020 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz –PsychThG) grundlegend überarbeitet und die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten reformiert. Ein insgesamt fünfjähriges Direktstudium wird mit einer staat-

lichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt und befähigt zu einer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung nach Weiterbildungsordnung der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer. Dadurch ist die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten entstanden, die auch in der ASV Berücksichtigung findet. Sofern eine psychologische Betreuung im Rahmen einer erkrankungsspezifischen Regelung vorgesehen ist, können auch Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene bzw. für Kinder und Jugendliche als eine von mehreren möglichen Fachgruppen benannt werden. Entsprechend werden diese Fachgruppen als weitere Möglichkeit in allen betroffenen erkrankungsspezifischen Regelungen ergänzt.

#### Appendizes gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

Die mit Beschluss des G-BA vom 15. Mai 2025 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7234/>) auf Grundlage von § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL beschlossenen Appendizes, die sich auf die Festlegung späterer Anpassungen des Behandlungsumfangs und auf einzelne Leistungen beschränken (Anpassungsappendizes) sind mit Ablauf der Prüffrist zu dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses vom 19. Februar 2026 zur Vergütung der Leistungen der ASV am 21. April 2026 außer Kraft getreten (Bekanntmachungen des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/7856/>). Die mit Beschluss des G-BA vom 17. Juli 2025 beschlossenen Anpassungsappendizes zu den Anlagen „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung“ und „Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation“ sind mit Ablauf der Prüffrist zu dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses vom 19. Februar 2026 zur Vergütung der Leistungen der ASV ebenfalls am 21. April 2026 außer Kraft getreten (Bekanntmachung des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/7857/>).

Mit diesem Beschluss werden auf Grundlage von § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL in allen Anlagen der ASV-RL neue Anpassungsappendizes eingefügt. Diese Anpassungsappendizes beinhalten anlagenübergreifend im Wesentlichen die Ergänzung der Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Etwaige weitere Anpassungen und Änderungen des Behandlungsumfangs werden nachfolgend spezifisch zu den einzelnen Anlagen der ASV-RL erläutert.

#### Einschluss von labormedizinischen Leistungen für die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin in den Anlagen 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren und 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Durch die zunehmende Verfügbarkeit und den vermehrten Einsatz von Immuntherapien treten mitunter neue Nebenwirkungen auf, die im Rahmen der Behandlung abgeklärt werden müssen. Dazu zählen unter anderem auch Gelenksbeschwerden. Um eine gemäß internationaler Leitlinien [2] adäquate Diagnostik bei Erkrankungen der Gelenke zur Differenzierung von Immuntherapie-bedingten, unerwünschten Nebenwirkungen von anderen Erkrankungen zu ermöglichen, erfolgt die Aufnahme der GOPen 32489 (Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid), 32490 (ANA Suchtest), 32491 (Doppelstrang-DNS Antikörper), 32492 (Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene), 32493 (Antikörper gegen Zentromerantigene) und 32496 (ANCA) in die ASV-Anlagen gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologische Tumoren und urologische Tumoren.

### **2.3 Anpassung einzelner erkrankungsspezifischer Regelungen**

#### **Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

Der G-BA hat die Nutzenbewertung zum Einsatz biomarkerbasierter Tests beim primären Mammakarzinom am 17.07.2025 abgeschlossen und die Patientengruppe spezifiziert, bei der der Einsatz eines entsprechenden Tests mit einem Nutzen verbunden ist. Auch in der ASV soll

der Einsatz von biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen erfolgen, die davon profitieren. Genexpressionsanalysen waren für Patientinnen, für die der G-BA bereits in der Vergangenheit einen Nutzen festgestellt hat, unter Diagnostik im allgemeinen Behandlungsumfang abgebildet; im Appendix findet sich hierfür beispielsweise die GOP 19506. Darüber hinaus war der Einsatz auch bei weiteren Patientinnen möglich, welche im Abschnitt Weitere spezifische Leistungen aufgeführt waren. Nach Abschluss der Nutzenbewertung wurde für die ASV konstatiert, dass nun diejenigen Patientinnen, die von dem Einsatz eines Tests profitieren, ausreichend über den Abschnitt 19.4.5 EBM berücksichtigt sind, so dass die Untersuchung aus dem Abschnitt Weitere spezifische Leistungen gestrichen wird.

### ***Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren***

#### ***Konkretisierung der Erkrankung***

Mit dem Beschluss vom 21. Dezember 2017 hat der G-BA einstimmig den Beschluss zur Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren getroffen und dabei im Behandlungsumfang zusätzliche Therapieverfahren aufgeführt, die im Rahmen der Anlage erbracht werden können, zu denen auch die Instillationstherapie zählt. Es erfolgt nun eine Klarstellung, dass die Behandlung in der ASV auch aufgrund der bereits im Behandlungsumfang enthaltenden Instillationstherapie erfolgen kann.

#### ***Weitere spezifische Leistungen:***

Für die Indikation für Untersuchungen mittels PSMA-PET/CT wurde die Risikoeinteilung entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie Prostatakarzinom übernommen (ISUP GG  $\geq 3$  statt Gleason-Score 8-10).

#### ***Kernteam***

Lutetium ( $^{117}\text{Lu}$ ) Vipivotidtraxetan kann zur Therapie des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt werden. Die Therapie wird in der Regel durch die Fachgruppe Nuklearmedizin durchgeführt. In Analogie zu anderen onkologischen Indikationen für die nuklearmedizinische Therapien vorliegen wird deshalb die Fachgruppe Nuklearmedizin, die bislang in der Ebene der hinzuzuziehenden Ärzte verortet war, in das Kernteam aufgenommen, sofern Patienten mit Prostatakarzinom behandelt werden. Die Aufnahme in das Kernteam hat bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu erfolgen.

#### ***GOP 19404, 19451, 19453***

Die Zulassung eines Immuncheckpoint-Inhibitors für die Therapie des fortgeschrittenen Urothelkarzinoms setzt die immunhistochemische Bestimmung des Expressionsstatus des betreffenden Liganden bzw. den Nachweis einer Mutation/Fusion in einem beteiligten Gen voraus. Die hierfür erforderlichen Untersuchungen werden mit dem vorliegenden Beschluss im Appendix ergänzt.

### ***Anlage 1.1 a) 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung***

#### ***Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte***

#### ***Humangenetik***

In Zusammenhang mit einer genetischen Untersuchung bei Sichelzellanämie oder Thalassämie. Da auch autosomal rezessiv bedingte, vererbare Erkrankungen wie die Sichelzellanämie

und die Thalassämie zur Aufnahme in die ASV führen können, ist die Expertise eines Humangenetikers erforderlich.

### **Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**

#### Konkretisierung der Erkrankung

Die Mikroskopischen Kolitiden (MiKo) zählen zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED/IBD). Sie umfassen drei Formen der Dickdarmentzündung – die kollagene, lymphozytäre und inkomplette mikroskopische Kolitis [3]. In der ICD-10 sind sie unter K52.8 – Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis klassifiziert.

Die Erkrankungen verlaufen chronisch-entzündlich und schubweise. Sie ähneln damit in Verlauf und Versorgungsanforderungen den klassischen CED. Die Prävalenz liegt bei etwa 50 pro 100.000 Personen für die kollagene und 60 pro 100.000 Personen für die lymphozytäre Kolitis, mit steigender Häufigkeit, vor allem bei älteren Patient:innen und Frauen [3].

Typisch sind chronisch-wässrige Durchfälle mit erhöhter Stuhlfrequenz, imperativem Stuhldrang bis zur Inkontinenz sowie teils Gewichtsverlust, Schmerzen, Übelkeit und Unwohlsein [1].

Die Diagnose ist ausschließlich durch histologische Untersuchung von Biopsien möglich, da sich der Dickdarm endoskopisch meist unauffällig zeigt. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologie und Pathologie. Die Therapie ist je nach Schweregrad vielschichtig: Neben Budesonid kommen Gallensäurebinder, Immunmodulatoren und Biologika zum Einsatz; in Einzelfällen sind operative Eingriffe notwendig. Diese komplexen Verläufe machen eine interdisziplinäre Betreuung durch erfahrene Fachärztinnen oder Fachärzte erforderlich.

### **Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**

#### Appendix Präambel

Aufgrund der Anpassungen infolge des Umstrukturierungsbeschlusses des G-BA vom 17. Oktober 2024, der das bedingte Außerkrafttreten der Appendizes regelt, ergeben sich Änderungen in den Erläuterungen der Präambel zu Nr. 5 Appendix. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom 17. Juli 2025 die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage zerebrale Anfallsleiden dieser Richtlinie bestimmt. Damit ist der Appendix zerebrale Anfallsleiden nach Ablauf der Prüffrist zu dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses vom 17. Juli 2025 zur Vergütung der Leistungen der ASV am 18. September 2025 außer Kraft getreten (Bekanntmachung des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/7452/>).

#### GOP 35600

Epileptische Erkrankungen und Syndromen sind komplexe Erkrankungen, die nicht nur durch die Anfälle selbst, sondern auch durch die Auswirkungen auf die kognitive und psychosoziale Entwicklung der Betroffenen geprägt ist. Der Einsatz von standardisierten Testverfahren zur neuropsychologischen Testung und kognitive Beurteilung ist folglich notwendig und nimmt eine zentrale Rolle in der Diagnostik ein. Sie ermöglichen es, spezifische Defizite von Hirnfunktionen zu identifizieren und umfassende Kenntnisse der neurologischen, psychologischen und sozialen Entwicklungsstände der Patientinnen und Patienten für weitere Therapieentscheidungen und individueller Therapieansätze zu erlangen. Diese Leistungen werden daher für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Neurologie des Kernteams geöffnet.

## GOP 35601

Psychometrische Tests sollen in Ergänzung zu der GOP 35600 ebenfalls für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Neurologie des Kernteams ermöglicht werden. Dabei handelt es sich um diagnostische Verfahren, die v.a. zur Messung psychologischer Merkmale wie Intelligenz und kognitive Fähigkeiten eingesetzt werden sollen.

### **Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen**

#### Konkretisierung der Erkrankung

Den Hinweisen aus der Versorgung zur Konkretisierung der Anlage Neuromuskuläre Erkrankungen folgend, hat der G-BA die Aufnahme der Transthyretin-Amyloidose mit Polyneuropathie geprüft. Bei vornehmlich polyneuropathischer Manifestation wird diese Erkrankung klinisch zu den familiären Amyloid-Polyneuropathien gezählt. Diese hereditären Formen werden mit E85.1 Neuropathische heredofamiliäre Amyloidose kodiert. Aus diesem Grund hat der G-BA sich für die Aufnahme des oben genannten ICD-Kodes in die Konkretisierung der Anlage entschieden.

### **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 39.192 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 126.187 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

### **4. Verfahrensablauf**

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

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
<b>11. November 2015</b>	UA ASV	Beauftragung der AG mit der jährlichen Aktualisierung (der Appendizes)
<b>10. Februar 2016</b>	UA ASV	Beauftragung der AG ASV zur Änderung der ASV-Richtlinie nach § 116 b SGB V zur Übertragung leistungsspezifischer Qualitätsanforderungen nach den Vorgaben der Vereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V in die ASV-RL
<b>15. Januar 2025</b>	AG ASV	Beratungen zur Übertragung der QS-Anforderungen Leistungsbereiche Ultraschall, kurative Mammographie und Vakuumbiopsie der Brust
<b>5. März 2025</b>	AG ASV	Beratungen zur Übertragung der QS-Anforderungen Leistungsbereiche Ultraschall, kurative Mammographie und Vakuumbiopsie der Brust

<b>15. Mai 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusstentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
<b>22. Mai 2025</b>	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
<b>17. Juni 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusstentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
<b>9. Juli 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusstentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
<b>22. Juli 2025</b>	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
<b>30. Juli 2025</b>	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
<b>6. August 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusstentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
<b>26. August 2025</b>	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
<b>30. September 2025</b>	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
<b>24. September 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusstentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025
<b>16. Oktober 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusstentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
<b>28. Oktober 2025</b>	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
<b>12. November 2025</b>	Unterausschuss ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren
<b>20. Januar 2026</b>	AG-Sitzung	Beratung; Vorbereitung Auswertung StnV
<b>11. Februar 2026</b>	Unterausschuss ASV	Auswertung Stellungnahmeverfahren
<b>19. März 2026</b>	Plenum	Beschlussfassung
<b>21. Mai 2026</b>	Plenum	Änderung des Beschlusses vom 19. März 2026 – Änderung des Appendix zur Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
<b>18. Juni 2026</b>	Plenum	Änderung des Beschlusses vom 19. März 2026 – Änderung im Anhang zu § 4a Nummer 5

(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 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung vom 12. November 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 26. November 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 24. Dezember 2025.

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

Die eingereichte Stellungnahme und die Rückmeldung befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum dokumentiert. Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 11. Februar 2026 durchgeführt (**Anlage 5**).

## 5. Fazit

Der G-BA hat in seinen Sitzungen am **19. März 2026, 21. Mai 2026 und 18. Juni 2026** beschlossen, die ASV-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

## 6. Literaturverzeichnis

1. **Arbeitskreis Mikroskopische Kolitiden.** Mikroskopische Kolitiden: seltene Formen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) [online]. Berlin (GER): Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV); 2025. [Zugriff: 20.03.2026].  
[https://www.dccv.de/fileadmin/public/Presse/Publikationen/Broschuere\\_Mikroskopische\\_Kolitiden\\_Juli\\_2025.pdf](https://www.dccv.de/fileadmin/public/Presse/Publikationen/Broschuere_Mikroskopische_Kolitiden_Juli_2025.pdf).
2. **Haanen J, Obeid M, Spain L, Carbonnel F, Wang Y, Robert C, et al.** Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2022;33(12):1217-1238.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.001>.
3. **Miehlke S, Guagnozzi D, Zabana Y, Tontini GE, Kanstrup Fiehn AM, Wildt S, et al.** European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations. United European Gastroenterol J 2021;9(1):13-37.  
<https://dx.doi.org/10.1177/2050640620951905>.

## **7. 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: Stellungnahme

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme

Berlin, den 18. Juni 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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

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

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

Der vorliegende Beschluss nimmt in der Anlage 1.1, Buchstabe a Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen – Onkologische Erkrankungen Änderungen an den personellen Anforderungen vor. Betroffen sind die Tumorgruppe 3 Urologische Tumoren sowie die Tumorgruppe 10 Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung. Damit werden die Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erweitert.

### **1. Änderungen der ASV-Teamzusammensetzung bei Tumorgruppe 3 Urologische Tumoren**

Die Änderung von Anlage 1.1, Buchstabe a, Tumorgruppe 3 Urologische Tumoren sieht vor, dass die Facharztgruppe Nuklearmedizin im Kernteam zur Behandlung von Prostatakarzinomen ergänzt wird. Dadurch erhöhen sich die Bürokratiekosten für das Anzeigeverfahren, die Meldung nach Zulassung, die Vertretermeldung sowie für den Nachweis der Erfüllung der Mindestmenge:

**Tabelle 1: Urologische Tumoren: Vergleichende Bürokratiekosten je ASV-Team**

<i><b>Informationspflicht</b></i>	<i><b>Kosten je Team (Euro) bisher</b></i>	<i><b>Kosten je Team (Euro) neu</b></i>	<i><b>Saldo</b></i>
Anzeigeverfahren	4.800,00	5.453,00	653,00
Meldung nach Zulassung	22,95	24,30	1,35
Vertretung	474,30	502,20	27,90
Nachweis Erfüllung Mindestmenge	381,00	508,00	127,00
<b>insgesamt</b>			<b>809,05</b>

Infolge der Aufnahme der Facharztgruppe Nuklearmedizin im Kernteam ändert sich im Rahmen der Hochrechnung auf alle ASV-Teams der Kostenpunkt für die jährliche Neubesetzung; die geschätzten Bürokratiekosten liegen diesbezüglich bei 165,30 Euro je neu zu besetzendes Mitglied und orientiert sich an der Gesamtanzahl Ärzte.

Für die Abbildung der Teamzahlen werden die Angaben der ASV-Servicestelle<sup>1</sup> herangezogen. Es werden 129 ASV-Teams berücksichtigt, die aktuell urologische Tumoren im Rahmen der ASV behandeln.

<sup>1</sup> Quelle: <https://www.asv-servicestelle.de/> (ASV-Verzeichnis für Patientinnen und Patienten: 3. Urologische Tumoren, bundesweit); Abruf: 08.12.2025

**Tabelle 2: Hochrechnung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten bei 129 ASV-Teams**

<b>Informationspflicht</b>	<b>Bürokratiekosten (Euro) bisher</b>	<b>Bürokratiekosten (Euro) neu</b>	<b>Saldo</b>
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	619.213	703.424	84.211
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	30.961	35.171	4.210
Meldung nach Zulassung (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	148	157	9
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung)	18.183	19.175	992
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	49.149	65.532	16.383
Vertretung (jährlich)	61.185	64.784	3.599
<b>Saldo einmalige Bürokratiekosten</b>			<b>84.211</b>
<b>Saldo jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten</b>			<b>25.193</b>

Die Aufnahme der Facharztgruppe Nuklearmedizin in das Kernteam des interdisziplinären Teams gemäß § 3 ASV-RL führt zu einer Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten um geschätzt 25.193 Euro sowie der einmaligen Bürokratiekosten um geschätzt 84.211 Euro.

## **2. Änderungen der ASV-Teamzusammensetzung bei Tumorgruppe 10 („Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung“)**

Die Änderung von Anlage 1.1, Buchstabe a, Tumorgruppe 10 Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung sieht vor, dass die Facharztgruppe Humangenetik, als hinzuzuziehende Arztgruppe ergänzt wird. Demzufolge erhöhen sich die Bürokratiekosten für das Anzeigeverfahren, die Meldung nach Zulassung und die Vertretermeldung wie folgt:

**Tabelle 5: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung: Vergleichende Bürokratiekosten je ASV-Team**

<b>Informationspflicht</b>	<b>Kosten je Team (Euro) bisher</b>	<b>Kosten je Team (Euro) neu</b>	<b>Saldo</b>
Anzeigeverfahren	4.463,00	4.583,00	120,00
Meldung nach Zulassung	19,47	20,61	1,15
Vertretung	452,37	478,98	26,61
<b>insgesamt</b>			<b>147,76</b>

Zur Abbildung der Teamzahlen wird die Abschätzung aus der Bürokratiekostenermittlung des Erstbeschlusses vom 19.12.2024 herangezogen, da die Angaben der ASV-Servicestelle aufgrund der kurzen Laufzeit noch nicht aussagekräftig sind. Es werden somit 347 ASV-Teams berücksichtigt, die derzeit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung im Rahmen der ASV behandeln.

**Tabelle 6: Hochrechnung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten bei 347 ASV-Teams**

<b>Informationspflicht</b>	<b>Bürokratiekosten (Euro) bisher</b>	<b>Bürokratiekosten (Euro) neu</b>	<b>Saldo</b>
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.546.430	1.588.010	41.580
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	77.322	79.401	2.079
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	6.745	7.141	396
Meldung nach Zulassung (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	337	357	20
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung)	46.492	49.171	2.679
Vertretung (jährlich)	156.746	165.967	9.221
<b>Saldo einmalige Bürokratiekosten</b>			<b>41.976</b>
<b>Saldo jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten</b>			<b>13.999</b>

Die Aufnahme der Facharztgruppe Humangenetik als hinzuzuziehende Arztgruppe in das interdisziplinäre Team gemäß § 3 ASV-RL führt zu einer Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten von geschätzt 13.999 Euro und einmaligen Bürokratiekosten von geschätzt 41.976 Euro.



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

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



# 1 **Beschlussentwurf**

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung  
 3 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung  
 4 § 116b SGB V (ASV-RL):  
 5 Aktualisierung der ASV-RL

**Stand: 24.11.2025**

**Legende:**

**Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

6 Vom T. Monat JJJJ

7 Der Gemeinsame Bundesausschuss [ggf. G-BA] hat in seiner Sitzung am ■■■ beschlossen, die  
 8 Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) in der Fassung  
 9 vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B1), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Be-  
 10 schlusses vom TT. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu än-  
 11 dern:

12 I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

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

- 14 a) In Nummer 3 Buchstabe a wird im fünften Spiegelstrich die Angabe „mit der Zusatz-  
 15 Weiterbildung“ durch die Angabe „mit Schwerpunkt“ ersetzt.
- 16 b) Nach Nummer 4 werden die folgenden Nummern 5 bis 7 eingefügt:

17 **„5 Ultraschall**

18 Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung  
 19 nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der Ultraschalldiagnostik des Kapitel 33 des EBM.

20 **Anforderungen an die fachliche Befähigung:**

21 **a. Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung**

- 22 - Facharztbezeichnung, die zur Durchführung von Leistungen der Ultra-  
 23 schalldiagnostik im jeweiligen Anwendungsbereich gemäß Weiterbildungs-  
 24 ordnung berechtigt

25 **b. Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit**

26 - Mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tä-  
 27 tigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwen-  
 28 dungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst  
 29 und

30 - Selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anlei-  
 31 tung durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt

32 und

33 **c. Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse**

34 - Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an Ultraschallkursen (Grundkurs,  
 35 Aufbaukurs und Abschlusskurs) im jeweiligen Anwendungsbereich unter  
 36 Anleitung einer qualifizierten Ärztin oder eines qualifizierten Arztes und

37 - Selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anlei-  
 38 tung durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt

39 **6 Kurative Mammographie**

40 Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung  
 41 nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen gemäß  
 42 GOP 34270 und 34272.

43 **a) Anforderungen an die fachliche Befähigung**

44 - Facharztbezeichnung Radiologie oder

<b>KBV, GKV-SV</b>	<b>DKG</b>
- Facharztbezeichnung Frauenheil- kunde und Geburtshilfe mit der Zu- satzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma	- Facharztbezeichnung Frauenheil- kunde und Geburtshilfe

45 und

46 - Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mindestens 500 Patientin-  
 47 nen,

48 - Selbstständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mindestens 500 Fäl-  
 49 len,

50 - Persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen.

51 Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Fach-  
 52 arztweiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG, KBV</b>
und	<i>[keine Aufnahme]</i>
- Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammogra- phieaufnahmen einer Fallsammlung bei einer Kassenärztli- chen Vereinigung. Die Voraussetzung gilt als erfüllt, sofern der Arzt erfolgreich an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen gemäß Anhang 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä teilgenommen hat.	

[Alternativer Formulierungsvorschlag]

und

Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung.

Die Fallsammlung muss die folgenden Anforderungen erfüllen:

- Eine Fallsammlung besteht aus 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils 2 Ebenen). Bei den pathologischen Befunden in den Mammographieaufnahmen soll es sich um radiologisch kleine bösartige oder gutartige Veränderungen handeln, bei denen zum Zeitpunkt der Erstellung keine klinischen Symptome im Bereich der Mamma (z. B. Tastbefund, Beschwerden) bestanden haben. Mammographieaufnahmen von Patientinnen, bei denen klinische Symptome vorliegen, dürfen nur ausnahmsweise enthalten sein.
- Die Fallsammlung muss 21 bis 29 Karzinome oder deren Vorstufen enthalten. Bei 1 bis höchstens 3 Fällen müssen die bösartigen Veränderungen beidseitig sein. In den übrigen Fällen (ohne Karzinomverdacht) müssen mindestens 3 Fälle mit gutartigen Veränderungen enthalten sein (die Veränderung weist typische benigne Merkmale auf).
- Die radiologisch auffälligen Befunde müssen histologisch als Malignome gesichert sein. Bei gutartigen Befunden muss vor Aufnahme in die Fallsammlung eine weitere Mammographie ca. 2 Jahre nach der Erstuntersuchung durchgeführt worden sein, welche keine malignen Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsbefund aufgewiesen hat. Sowohl bei den bösartigen als auch bei den gutartigen Veränderungen müssen in der Mammographieaufnahme typische radiologische Merkmale auf die jeweilige Erkrankung hindeuten. Die bösartigen und gutartigen Veränderungen müssen in beiden Ebenen erkennbar sein, die typischen radiologischen Merkmale mindestens in einer Ebene.
- Die Röntgenbilder der Fallsammlung sind digital erstellt und müssen technisch einwandfrei sein. Sie dürfen im Hinblick auf die Zuordnung nach unauffällig bzw. Verdacht auf gutartige Veränderung oder Verdacht auf bösartige Veränderung keine unklaren Befunde, insbesondere keine Befunde mit „wahrscheinlich gutartiger Läsion“ beinhalten. Die Röntgenbilder der Fallsammlung werden am Bildwiedergabegerät einer Prüfstation beurteilt.
- Die Beurteilung kann bei einer Kassenärztlichen Vereinigung anhand einer Fallsammlung, welche von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellt wird, erfolgen.
- Die Teilnahme an der Beurteilung der Fallsammlung war erfolgreich, wenn die Sensitivität und die Spezifität jeweils mindestens 90 % betragen hat.

Die Voraussetzung gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt erfolgreich an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographiefnahmen gemäß Anhang 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä teilgenommen hat.	
--	--

53 **b) Anforderungen an die apparative Ausstattung**

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG, KBV</b>
Die in den Mammographieeinrichtungen zum Einsatz kommenden Geräte entsprechen den Anforderungen gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie.	<i>[prüfen]</i>
<i>[Kompromissvorschlag]</i>	
Die in den Mammographieeinrichtungen zum Einsatz kommenden Geräte müssen mit digitalen Bildempfängern ausgestattet sein.	

54 **7 Vakuumbiopsie der Brust**

55 Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung  
56 nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen gemäß GOP  
57 34274.

58 **a) Anforderungen an die fachliche Befähigung**

- 59 - Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der  
60 Röntgenmammographie (GOP 34270) und der Mammasonographie (GOP 33041) gem.  
61 § 4a Abs. 3 oder 4 und
- 62 - selbständige Indikationsstellung und Durchführung von
- 63 - 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von
- 64 - 25 Vakuumbiopsien
- 65 unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung
- 66 Die Anleitung erfolgt in einer Einrichtung, in der regelmäßig Stanzbiopsien unter Ultra-  
67 schallkontrolle und Vakuumbiopsien durchgeführt werden.

68 **b) Anforderungen an die apparative Ausstattung**

- 69 - Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfüg-  
70 bares digitales Bild liefert,
- 71 - technikgestützte Nadelführung,
- 72 - Vakuumbiopsiesystem,
- 73 - Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikro-  
74 clips.
- 75 - Des Weiteren sind vorzuhalten:
- 76 - Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung,

- 77 - Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manuellen  
78 Beatmung.“

79 **2. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 1** wird wie folgt geändert:

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>
a) In Nummer 1 wird nach der Angabe „C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet“ die Angabe „Q85.8 Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (Peutz-Jeghers-Syndrom)“ eingefügt.	<i>[derzeit keine Prüfung möglich]</i>

80

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>
b) In Nummer 2 werden unter „Weitere spezifische Leistungen“ vor dem ersten Spiegelstrich die folgenden Spiegelstriche eingefügt:  ” - Kapselendoskopie des Dünndarms bei Peutz-Jeghers-Syndromfen - Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)“.	<i>[derzeit keine Prüfung möglich]</i>

- 81 c) In Nummer 3.1. Buchstabe c wird der siebte Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
82 gelstrich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin  
83 und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psy-  
84 chologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder  
85 Fachpsychotherapeut für Erwachsene“.

- 86 d) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:1

87 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

88 **Präambel**

89 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemein-  
90 samen Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsaus-  
91 schuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlus-*  
92 *ses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025*  
93 *umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen  
94 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 1: gastrointes-  
95 tinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfol-  
96 gende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen  
97 des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezial-  
98 fachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87

---

1 Die Umsetzung des Änderungsbefehls setzt zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Beschlusses im BAnz voraus, dass „5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie“ dieser Anlage der ASV-RL in der Fassung des Beschlusses vom 15.05.2025 wegen eines entsprechenden Beschlusses des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 5a Satz 1 ASV-RL außer Kraft getreten ist. Dies gilt mit Ausnahme der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10, der Anlage 1.2 b) und der Anlage 2 n) für sämtliche Änderungen der Appendizes unter Nummer 5 der jeweiligen Anlage der ASV-RL (in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2 „gynäkologische Tumoren“ ist abweichend Nummer 6 betroffen) in diesem Beschluss entsprechend.

99 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
 100 handlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behand-  
 101 lungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwa-  
 102 igem Anpassungsbedarf auf.

103 **Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ gemäß § 5 Ab-**  
 104 **satz 1 Satz 3 ASV-RL**

105 *[hier Anhang 1 einsetzen]*“.

106

107 **3. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2** wird wie folgt geändert:

<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>	<b>PatV</b>
a) In Nummer 2 wird unter „Weitere spezifische Leistungen“ der siebte Spiegelstrich gestrichen.	<i>[keine Übernahme]</i>

108

<b>DKG, KBV</b>	<b>GKV-SV, PatV</b>
b) In Nummer 3.1 Buchstabe b) wird nach dem Satz „Der Nachweis nach Nummer 2 ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln.“ Der folgende Satz eingefügt:  „Sofern die personellen Anforderungen an das Kernteam erfüllt sind, können zusätzlich Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie benannt werden.“	<i>[keine Aufnahme]</i>

109

110 c) In Nummer 3.1. Buchstabe c) wird der zwölfte Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
 111 gelstrich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin  
 112 und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psy-  
 113 chologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder  
 114 Fachpsychotherapeut für Erwachsene“.

115

116 d) Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

117 **„6 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

118 **Präambel**

119 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 120 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 121 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 122 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 123 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 124 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren dieser Richtli-  
 125 nie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung  
 126 dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen

127 ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft-regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

133 *[hier Anhang 2 einsetzen]*“.

135 **2. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 3** wird wie folgt geändert:

136 a) In Nummer 1 wird in Satz 1 nach der Angabe „einschließlich“ die Angabe

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b>
„Instillationstherapien sowie“	„Instillationstherapien bei muskelinvasiven oder multilokulären High-Risk-Blasenkarzinomen sowie“

137 eingefügt.

138

139 b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

140

<b>KBV [prüft]</b>	<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>
aa) „Behandlung“ wird wie folgt geändert:  der letzte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt:  „- Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie BCG auch als Instillationstherapie bei muskelinvasiven oder multilokulären High-Risk-Tumoren“.	<i>[keine Aufnahme]</i>

141

142 bb) „In Weitere spezifische Leistungen“ wird der neunte Spiegelstrich wie folgt geändert:

144 „- beim High-Risk Prostatakarzinom (ISUP GG  $\geq 3$ ) oder T-Kategorie cT3/cT4  
 145 oder PSA  $\geq 20$  ng/ml) zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter Therapie bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz“.

147

148 c) Nummer 3.1 wird wie folgt geändert:

149

150 aa) In Buchstabe b wird nach dem dritten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt: „-Bei Prostatakarzinom auch Nuklearmedizin spätestens ab *[einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]*“.

151

152 bb) In Buchstabe c wird der zehnte Spiegelstrich durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt:

153

154

155 „- Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)“.

156

157 cc) in Buchstabe c wird der zwölfte Spiegelstrich durch den folgenden Spiegelstrich  
158 ersetzt:

159 „-Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psycho-  
160 therapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psycholo-  
161 gischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder  
162 Fachpsychotherapeut für Erwachsene“

163

164 d) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

165 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

### 166 **Präambel**

167 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
168 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
169 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
170 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
171 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
172 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 3: urologische Tumoren dieser Richtlinie  
173 bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung die-  
174 ser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambu-  
175 lanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
176 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
177 Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlung-  
178 umfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem An-  
179 passungsbedarf auf.

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

181 *[hier Anhang 3 einsetzen]*“.

182

183 **3. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 4** wird wie folgt geändert:

184 a) in Nummer 3.1. Buchstabe c wird der elfte Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
185 gelstrich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin  
186 und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psy-  
187 chologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder  
188 Fachpsychotherapeut für Erwachsene“.

189

190 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

191 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

### 192 **Präambel**

193 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
194 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
195 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
196 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
197 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
198 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 4: Hauttumoren dieser Richtlinie be-  
199 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser

200 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
 201 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
 202 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
 203 handlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den. Hierfür nimmt  
 204 er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

206 *[hier Anhang 4 einsetzen]*“.

207

208 **4. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 5** wird wie folgt geändert:

209 a) In Nummer 3.1. Buchstabe c wird der zwölfte Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
 210 gelstrich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin  
 211 und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psy-  
 212 chologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fach-  
 213 psychotherapeut für Erwachsene

214

215 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

216 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

217 **Präambel**

218 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 219 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 220 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 221 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 222 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 223 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax die-  
 224 ser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berück-  
 225 sichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungs-  
 226 fähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungs-  
 227 ausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Än-  
 228 derungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den  
 229 Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu et-  
 230 waigem Anpassungsbedarf auf.

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

232 *[hier Anhang 5 einsetzen]*“.

233

234 **5. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 6** wird wie folgt geändert:

235 a) In Nummer 3.1. Buchstabe c wird der 14. Spiegelstrich durch den folgenden Spiegel-  
 236 strich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und  
 237 Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psycho-  
 238 logischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fach-  
 239 psychotherapeut für Erwachsene“.

240

241 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

242 **5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

243 **Präambel**

244 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 245 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 246 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
 247 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
 248 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 249 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren dieser Richtlinie  
 250 bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung die-  
 251 ser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambu-  
 252 lanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
 253 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
 254 Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsum-  
 255 fang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem An-  
 256 passungsbedarf auf.

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

258 [hier Anhang 6 einsetzen].

259 **6. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 7** wird wie folgt geändert:

260

261 a) In Nummer 3.1. Buchstabe c wird der zehnte Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
 262 gelstrich ersetzt: „- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologi-  
 263 sche oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psycho-  
 264 therapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene“

265

266 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

267 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

268 **Präambel**

269 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 270 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 271 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
 272 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
 273 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 274 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der periphe-  
 275 ren Nerven dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert  
 276 unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den  
 277 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des  
 278 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser  
 279 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft re-  
 280 gelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungs-  
 281 ausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

282

283 **Appendix „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3**  
 284 **ASV-RL**  
 285

286 *[hier Anhang 7 einsetzen]*“.

287 **7. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 8** wird wie folgt geändert:

288 a) in Nummer 3.1. Buchstabe c wird der elfte Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
 289 gelstrich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin  
 290 und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psy-  
 291 chologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder  
 292 Fachpsychotherapeut für Erwachsene“.

293

294 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

295 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

296 **Präambel**

297 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 298 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 299 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 300 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 301 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 302 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren dieser  
 303 Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksich-  
 304 tigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähi-  
 305 gen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsaus-  
 306 schusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderun-  
 307 gen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft ~~jährlich~~ regelmäßig  
 308 den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses  
 309 zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

311 *[hier Anhang 8 einsetzen]*“.

312 **8. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 9** wird wie folgt geändert:

313

314 a) In Nummer 3.1. Buchstabe c wird der sechste Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
 315 gelstrich ersetzt:

316 „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 317 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärzt-  
 318 licher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Er-  
 319 wachsene“.

320

321 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

322 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

323 **Präambel**

324 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 325 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 326 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*

327 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde*] die ab-  
 328 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 329 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges dieser Richtlinie be-  
 330 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
 331 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten  
 332 spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
 333 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
 334 handlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsum-  
 335 fang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem An-  
 336 passungsbedarf auf.

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

338 *[hier Anhang 9 einsetzen]*“.

339 **9. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 10** wird wie folgt geändert:

KBV, PatV, DKG	GKV-SV
a) In Nummer 3.1 Buchstabe c wird nach dem 4. Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt: „-Humangenetik, spätestens ab <i>[einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]</i> “.	<i>[keine Aufnahme]</i>

340  
 341 b) in Nummer 3.1. Buchstabe c wird der 14./15. Spiegelstrich durch den folgenden Spie-  
 342 gelstrich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin  
 343 und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psy-  
 344 chologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder  
 345 Fachpsychotherapeut für Erwachsene“.

346  
 347 c) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:2

348 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

349 **Präambel**

350 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 351 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 352 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 353 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 17. Juli 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 354 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 355 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbil-  
 356 denden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie bestimmt. Die  
 357 nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmun-  
 358 gen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezial-  
 359 fachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Ab-  
 360 satz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlun-  
 361 gsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hier-  
 362 für nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf  
 363 auf.

---

2 Die Umsetzung des Änderungsbefehls setzt zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Beschlusses im BAnz voraus, dass „5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie“ dieser Anlage der ASV-RL in der Fassung des Beschlusses vom 17.07.2025 wegen eines entsprechenden Beschlusses des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 5a Satz 1 ASV-RL außer Kraft getreten ist.

364 **Appendix „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen**  
 365 **der Blutbildung“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL**  
 366 *[hier Anhang 10 einsetzen]*“.

367 **10. Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 1** wird wie folgt geändert:

368  
 369 a) In Nummer 3.1. Buchstabe c wird der 13. Spiegelstrich durch den folgenden Spiegel-  
 370 strich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und  
 371 Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psycho-  
 372 logischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fach-  
 373 psychotherapeut für Erwachsene“.

374  
 375 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

376 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

377 **Präambel**

378 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsa-  
 379 men Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss  
 380 nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des*  
 381 *ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt*  
 382 *wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitli-  
 383 chen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Er-  
 384 wachsene dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert  
 385 unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den  
 386 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des  
 387 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser  
 388 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft  
 389 regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungs-  
 390 ausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

391 **Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-**  
 392 **RL**

393 *[hier Anhang 11 einsetzen]*“.

394 **11. Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 2** wird wie folgt geändert:

395 a) Nummer 3.1. wird wie folgt geändert:

396

397 aa) Buchstabe a wird durch den folgenden Buchstaben a ersetzt:

398 **„a) Teamleitung**

399 - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie“.

400 bb) In Buchstabe b wird der erste Spiegelstrich durch den folgenden Spiegelstrich  
 401 ersetzt: „- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheu-  
 402 matologie“.

403

404 cc) Buchstabe c wird wie folgt geändert:

- 405 aaa) Der fünfte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „-  
 406 Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit  
 407 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie“
- 408 bbb) Der achte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „-  
 409 Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit  
 410 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie“.
- 411 ccc) Der neunte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „-  
 412 Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit  
 413 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie“.
- 414 ddd) Der 14. Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psy-  
 415 chiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psycho-  
 416 therapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psy-  
 417 chologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsy-  
 418 chiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychothera-  
 419 peutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Fachpsycho-  
 420 therapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene oder Fachpsycho-  
 421 therapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche“.

422 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

423 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

424 **Präambel**

425 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 426 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 427 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 428 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 429 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 430 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Ju-  
 431 gendliche dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert  
 432 unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den  
 433 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des  
 434 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser  
 435 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft re-  
 436 gelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsaus-  
 437 schusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

438 **Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“ gemäß § 5 Absatz 1**  
 439 **Satz 3 ASV-RL**

440 *[hier Anhang 12 einsetzen]*“.

441 **12. Anlage 1.1 Buchstabe c** wird wie folgt geändert:

<p><b>PatV, DKG</b></p> <p>a) In Nummer 1 wird nach der Angabe „K52.3-Colitis indeterminata“ die Angabe „K52.8 Sonstige näher bezeichneten nichtinfektiösen Gastroenteritis und Kolitis (nur Mikroskopische Kolitis)“</p>	<p><b>GKV-SV [prüft], KBV</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

eingefügt.	
------------	--

442  
443  
444

b) Nummer 3.1 wird wie folgt geändert:

445       aa) In Buchstabe a wird der Satz nach dem ersten Spiegelstrich durch folgenden Satz  
446       ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch  
447       eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwer-  
448       punkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.“

449       bb) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem zweiten Spiegelstrich durch  
450       die folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden,  
451       ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
452       mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend Gastroenterologie zu benennen. Falls keine  
453       Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten  
454       Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und  
455       Jugendmedizin zu benennen.“

456  
457  
458

cc) Buchstabe c wird wie folgt geändert:

459       aaa) Der siebte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „-  
460       Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psy-  
461       chotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder  
462       Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychothera-  
463       peutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene“.

465       bbb) Der Satz nach dem neunten Spiegelstrich wird durch den folgenden Satz er-  
466       setzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich  
467       eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -  
468       psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder  
469       ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychothera-  
470       peutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche oder eine  
471       Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwer-  
472       punkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie als Teammitglied benannt wer-  
473       den.“

474  
475

c) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

476       **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

477       **Präambel**

478       Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsa-  
479       men Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss  
480       nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des  
481       ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt  
482       wurde] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitli-  
483       chen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Chronisch entzündliche Darmerkrankungen  
484       dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Be-  
485       rücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrech-  
486       nungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des

487 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser  
488 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

489 Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt  
490 er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

491 **Appendix „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL**  
492 *[hier Anhang 13 einsetzen]*“.

493 **13. Anlage 1.2 Buchstabe a** wird wie folgt geändert:

494 a) Nummer 3.1. Buchstabe c wird wie folgt geändert:

495 aa) Der fünfte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psychi-  
496 atrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
497 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
498 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychothera-  
499 peut für Erwachsene“.

500 bb) Nach dem siebten Spiegelstrich wird Satz 2 durch folgenden Satz ersetzt: „Sofern  
501 Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder  
502 ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine  
503 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichen-  
504 psychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychothera-  
505 peut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kin-  
506 der- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie als  
507 Teammitglied benannt werden.“

508  
509 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

510 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

511 **Präambel**

512 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
513 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
514 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
515 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
516 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
517 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Multiple Sklerose dieser Richtlinie bestimmt. Die nach-  
518 folgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen  
519 des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfach-  
520 ärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1  
521 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsum-  
522 fangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür  
523 nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf  
524 auf.

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

526 *[hier Anhang 14 einsetzen]*“.

527 **14. Anlage 1.2 Buchstabe b** wird wie folgt geändert:

- 528 a) Nummer 3.1. Buchstabe c wie folgt geändert:
- 529 aa) Der sechste Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psy-  
530 chiatry und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
531 oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
532 ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychothera-  
533 peut für Erwachsene“.
- 534 bb) Nach dem siebten Spiegelstrich wird Satz 2 durch den folgenden Satz ersetzt: „So-  
535 fern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin  
536 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder  
537 eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendli-  
538 chenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychothe-  
539 rapeut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kin-  
540 der- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder  
541 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie als Teammit-  
542 glied benannt werden.
- 543
- 544 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:
- 545 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

#### 546 **Präambel**

547 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
548 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
549 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom 17. Juli 2025 die abrechnungsfähigen ambulanten  
550 spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage  
551 zerebrale Anfallsleiden dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung  
552 konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsaus-  
553 schusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den  
554 Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1  
555 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesaus-  
556 schuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten  
557 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

#### 558 **Appendix „zerebrale Anfallsleiden“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL**

559 *[hier Anhang 15 einsetzen]*“.

#### 560 **15. Anlage 2 Buchstabe a** wird wie folgt geändert:

- 561 a) Nummer 3.1. wird wie folgt geändert:
- 562 aa) In Buchstabe a wird der Satz nach dem zweiten Spiegelstrich durch den folgenden  
563 Satz ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine  
564 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kin-  
565 der- und Jugend-Pneumologie benannt werden.“
- 566 bb) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem zweiten Spiegelstrich durch die  
567 folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zu-  
568 sätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
569 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin  
570 oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt  
571 verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
572 zu benennen.“

573 cc) In Buchstabe c wird der Satz nach dem neunten Spiegelstrich durch den folgenden  
 574 Satz ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich  
 575 eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt  
 576 Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für  
 577 Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.“

578  
 579 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

580 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

581 **Präambel**

582 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 583 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 584 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
 585 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
 586 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 587 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tuberkulose und atypische Mykobakterien dieser Richt-  
 588 linie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung  
 589 dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen am-  
 590 bulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
 591 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
 592 Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlun-  
 593 gsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem An-  
 594 passungsbedarf auf.

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

596 [hier Anhang 16 einsetzen]“.

597

598 **16. Anlage 2 Buchstabe b** wird wie folgt geändert:

599 a) Nummer 3.1 wird wie folgt geändert:

600 aa) In Buchstabe a wird der Satz nach dem ersten Spiegelstrich durch den folgenden  
 601 Satz ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ  
 602 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwer-  
 603 punkt Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.“

604 bb) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem zweiten Spiegelstrich durch  
 605 die folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden,  
 606 ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 607 mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie oder eine Fachärztin oder ein  
 608 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-  
 609 Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kin-  
 610 der- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist  
 611 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.“

612 cc) Buchstabe c wird wie folgt geändert:

613 aaa) der achte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „-  
 614 Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psy-  
 615 chotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder  
 616 Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychothera-  
 617 peutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene“

618                   bbb) Nach dem elften Spiegelstrich wird der Satz durch den folgenden Satz er-  
619                   setzt:

620 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein  
621 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie  
622 und -Diabetologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
623 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kin-  
624 der- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsycho-  
625 therapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychothera-  
626 peutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche als Teammitglied benannt  
627 werden.“

628  
629                   b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

630                   **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

631 **Präambel**

632 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
633 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
634 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
635 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
636 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
637 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Mukoviszidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfol-  
638 gende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des  
639 ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztli-  
640 chen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1  
641 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der  
642 Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er  
643 Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

645 [hier **Anhang 17** einsetzen].“

646                   **17. Anlage 2 Buchstabe c** wird wie folgt geändert:

647                   a) Nummer 3.1. Buchstabe c wird wie folgt geändert:

648                   aa) Der siebte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psy-  
649                   chiatry und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychothera-  
650                   pie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer  
651                   oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsycho-  
652                   therapeut für Erwachsene“.

653                   bb) Nach dem achten Spiegelstrich wird der Satz durch den folgenden Satz ersetzt:  
654                   „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärzt-  
655                   tin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder  
656                   eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendli-  
657                   chenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsycho-  
658                   therapeut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für  
659                   Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroentero-  
660                   logie als Teammitglied benannt werden.“

661

662 a) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

663 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

664 **Präambel**

665 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 666 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 667 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 668 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 669 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 670 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Hämophilie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende  
 671 Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des er-  
 672 gänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztli-  
 673 chen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1  
 674 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges. Der  
 675 Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er  
 676 Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

678 *[hier Anhang 18 einsetzen]*“.

679 **18. Anlage 2 Buchstabe d** wird wie folgt geändert:

680 a) In Nummer 1 wird vor der Angabe „G12.-Spinale Muskelatrophie und verwandte Syn-  
 681 drome“ die Angabe

682 „E85.1 neuropathische heredofamiliäre Amyloidose“ eingefügt.

683 b) Nummer 3.1. wird wie folgt geändert:

684 aa) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem dritten Spiegelstrich durch  
 685 die folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden,  
 686 ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 687 mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder-  
 688 und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Fach-  
 689 ärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-  
 690 und Jugend-Pneumologie zu benennen. Sofern keine Fachärztin oder kein Fach-  
 691 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfügbar  
 692 ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benen-  
 693 nen.“

694 bb) Buchstabe c wird wie folgt geändert:

695 aaa) Der neunte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt:  
 696 „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und  
 697 Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin  
 698 oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsycho-  
 699 therapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene“.

700

701 bbb) Nach dem zehnten Spiegelstrich wird Satz2 durch folgenden Satz ersetzt:  
 702 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine  
 703 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psy-  
 704 chotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder  
 705 ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine

706 Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Ju-  
 707 gendliche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugend-  
 708 chirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder  
 709 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
 710 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin  
 711 oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiter-  
 712 bildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein  
 713 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Ju-  
 714 gend-Rheumatologie benannt werden.“

715

716 c) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

717 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

718 **Präambel**

719 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 720 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 721 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 722 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 723 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 724 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage neuromuskuläre Erkrankungen dieser Richtlinie be-  
 725 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
 726 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
 727 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
 728 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
 729 handlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsum-  
 730 fang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem An-  
 731 passungsbedarf auf.

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

733 *[hier Anhang 19 einsetzen]*“.

734 **19. Anlage 2 Buchstabe e** wird wie folgt geändert:

735 a) Nummer 3.1. wird wie folgt geändert:

736 aa) In Buchstabe a wird der Satz nach dem zweiten Spiegelstrich durch den folgen-  
 737 den Satz ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alter-  
 738 nativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
 739 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Schwerpunkt Kinder- und  
 740 Jugend-Rheumatologie benannt werden.“

741 bb) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem zweiten Spiegelstrich durch  
 742 die folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden,  
 743 ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 744 mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Schwerpunkt Kinder-  
 745 und Jugend-Rheumatologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Fach-  
 746 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfüg-  
 747 bar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu  
 748 benennen.“

749

- 750 b) Buchstabe c wird wie folgt geändert:
- 751 aa) Der neunte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psy-  
752 chiatry und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychothera-  
753 pie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologi-  
754 scher oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fach-  
755 psychotherapeut für Erwachsene“.
- 756 bb) Der Satz nach dem zehnten Spiegelstrich wird durch den folgenden Satz ersetzt:  
757 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fach-  
758 ärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
759 oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Ju-  
760 gendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fach-  
761 psychotherapeut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin oder ein  
762 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder  
763 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwer-  
764 punkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt  
765 für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastro-  
766 enterologie als Teammitglied benannt werden.“

767 c) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

768 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

769 **Präambel**

770 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsa-  
771 men Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss  
772 nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des  
773 ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt  
774 wurde] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitli-  
775 chen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Sarkoidose dieser Richtlinie bestimmt. Die  
776 nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestim-  
777 mungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten  
778 spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87  
779 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behand-  
780 lungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft-regelmäßig den Behandlungsum-  
781 fang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpas-  
782 sungsbedarf auf.

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

784 [hier Anhang 20 einsetzen]“.

785 **20. Anlage 2 Buchstabe h** wird wie folgt geändert:

786 a) Nummer 3.1. wie folgt geändert:

787 aa) In Buchstabe a wird der Satz nach dem zweiten Spiegelstrich durch folgenden Satz  
788 ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine  
789 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neu-  
790 ropädiatrie oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Ju-  
791 gend-Gastroenterologie benannt werden.“

792 bb) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem zweiten Spiegelstrich durch die  
793 folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist

794 zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
 795 Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder-  
 796 und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu be-  
 797 nennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 798 mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Fach-  
 799 arzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.“

800 b) Buchstabe c wird wie folgt geändert:

801 aa) Der sechste Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psy-  
 802 chiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 803 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 804 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychothera-  
 805 peut für Erwachsene“.

806 bb) Der Satz nach dem siebten Spiegelstrich wird durch den folgenden Satz ersetzt:  
 807 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin  
 808 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Ju-  
 809 gend-Nephrologie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder  
 810 eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendli-  
 811 chenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychothe-  
 812 rapeut für Kinder und Jugendliche als Teammitglied benannt werden.“

813

814 c) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

815 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

816 **Präambel**

817 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsa-  
 818 men Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss  
 819 nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des  
 820 ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt  
 821 wurde] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitli-  
 822 chen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Morbus Wilson dieser Richtlinie bestimmt.  
 823 Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestim-  
 824 mungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten  
 825 spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87  
 826 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behand-  
 827 lungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsum-  
 828 fang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpas-  
 829 sungsbedarf auf.

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

831 [hier **Anhang 21** einsetzen].“

832 **21. Anlage 2 Buchstabe k** wird wie folgt geändert:

833 a) Nummer 3.1. Buchstabe c wird wie folgt geändert:

834 aa) Der Satz nach dem fünften Spiegelstrich wird durch den folgenden Satz ersetzt:  
 835 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin  
 836 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Ju-  
 837 gend-Pneumologie als Teammitglied benannt werden.“

- 838 bb) Der siebte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psychi-  
 839 atrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 840 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 841 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychothera-  
 842 peut für Erwachsene“.
- 843 cc) Der Satz nach dem siebten Spiegelstrich wird durch den folgenden Satz ersetzt:  
 844 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin  
 845 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder  
 846 eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendli-  
 847 chenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychothe-  
 848 rapeut für Kinder und Jugendliche als Teammitglied benannt werden.“
- 849 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

850 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

851 **Präambel**

852 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsa-  
 853 men Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss  
 854 nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des  
 855 ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt  
 856 wurde] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitli-  
 857 chen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Marfan-Syndrom dieser Richtlinie be-  
 858 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
 859 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
 860 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
 861 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
 862 handlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den. Hierfür nimmt  
 863 er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

865 [hier Anhang 22 einsetzen].“

866 **22. Anlage 2 Buchstabe I** wird wie folgt geändert:

- 867 a) Nummer 3.1. wird wie folgt geändert:
- 868 aa) In Buchstabe a wird der Satz nach dem zweiten Spiegelstrich durch den folgenden  
 869 Satz ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ  
 870 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt  
 871 Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder-  
 872 und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt  
 873 werden.“
- 874 bb) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem zweiten Spiegelstrich durch die  
 875 folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zu-  
 876 sätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
 877 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Fach-  
 878 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumo-  
 879 logie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Ju-  
 880 gendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin  
 881 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.“

882

- 883 b) Buchstabe c wird wie folgt geändert:
- 884 aa) Der sechste Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psy-  
885 chiatry und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
886 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
887 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychothera-  
888 peut für Erwachsene“.
- 889 bb) Der Satz nach dem siebten Spiegelstrich wird durch den folgenden Satz ersetzt:  
890 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin  
891 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Ju-  
892 gend-Gastroenterologie oder Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder eine Fach-  
893 ärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
894 oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Ju-  
895 gendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsy-  
896 chotherapeut für Kinder und Jugendliche als Teammitglied benannt werden.“
- 897 c) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:
- 898 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

### 899 **Präambel**

900 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
901 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
902 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
903 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
904 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
905 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage pulmonale Hypertonie dieser Richtlinie bestimmt. Die  
906 nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmun-  
907 gen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezial-  
908 fachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Ab-  
909 satz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlun-  
910 gsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hier-  
911 für nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf  
912 auf.

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

914 *[hier Anhang 23 einsetzen]*“.

915 **23. Anlage 2 Buchstabe n Transplantationsgruppe 1** wird wie folgt geändert:

- 916 a) In Nummer 3.1. Buchstabe c wird der 17. Spiegelstrich durch den folgenden Spiegel-  
917 strich ersetzt: „- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und  
918 Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psycholo-  
919 gischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsy-  
920 chotherapeut für Erwachsene“.
- 921 b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:3
- 922 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**
- 923

---

3 Die Umsetzung des Änderungsbefehls setzt zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Beschlusses im BANz

924 **Präambel**

925 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 926 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 927 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 928 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 17. Juli 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 929 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 930 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplan-  
 931 tation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener  
 932 Stammzelltransplantation und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie be-  
 933 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
 934 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
 935 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
 936 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
 937 handlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den. Hierfür nimmt  
 938 er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

939 **Appendix „Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von leben-**  
 940 **den Spendern (allogene Stammzelltransplantation)“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL**

941 *[hier Anhang 24 einsetzen]*“.

942

943 **24. Anlage 2 Buchstabe o** wird wie folgt geändert:

## 944 a) Nummer 3.1. wird wie folgt geändert:

945 aa) In Buchstabe a wird der Satz nach dem ersten Spiegelstrich durch den folgenden  
 946 Satz ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ  
 947 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt  
 948 Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.“  
 949

950 bb) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 2 nach dem ersten Spiegelstrich durch die  
 951 folgenden Sätze ersetzt: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zu-  
 952 sätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit  
 953 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine  
 954 Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten  
 955 Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und  
 956 Jugendmedizin zu benennen.“

957

## 958 b) Buchstabe c wird wie folgt geändert:

959 aa) Der vierte Spiegelstrich wird durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt: „- Psychi-  
 960 atrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 961 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer  
 962 oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsycho-  
 963 therapeut für Erwachsene“.

964 bb) Der Satz nach dem sechsten Spiegelstrich wird durch den folgenden Satz ersetzt:  
 965 „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine

---

voraus, dass „5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie“ dieser Anlage der ASV-RL in der Fassung des Beschlusses vom 17.07.2025 wegen eines entsprechenden Beschlusses des ergänzten Bewertungsaus- schusses zu den abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 5a Satz 1 ASV-RL außer Kraft getreten ist.

966 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychothe-  
967 rapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und  
968 Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fach-  
969 psychotherapeut für Kinder und Jugendliche als Team-mitglied benannt wer-  
970 den.“

971

972 c) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

973 **„5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie**

974 **Präambel**

975 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
976 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
977 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
978 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
979 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
980 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage ausgewählte seltene Lebererkrankungen dieser Richtlinie  
981 bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung die-  
982 ser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambu-  
983 lanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
984 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
985 Behandlungsumfanges. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlun-  
986 gsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem An-  
987 passungsbedarf auf.

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

989 [hier Anhang 25 einsetzen].“

990

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

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

995 Berlin, den T. Monat JJJJ

996

Gemeinsamer Bundesausschuss

997

gemäß § 91 SGB V

998

Der Vorsitzende

999

Prof. Hecken

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

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

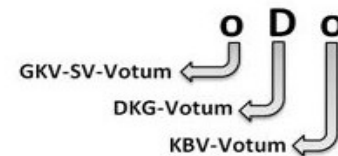
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK





Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: Gynäkologische Tumoren

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

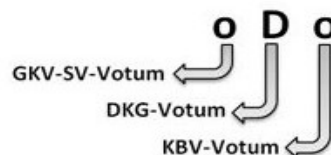
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspuschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK



## Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: Urologische Tumoren

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

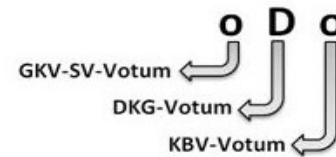
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

**Hinweis:**

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01220	Reanimationskomplex	GDK	ooo
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01221	Zuschlag Beatmung	GDK	ooo
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01222	Zuschlag Defibrillation	GDK	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01500	Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	GoK	ooo
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01501	Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	Goo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01502	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8	ooK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	ooo	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	ooo	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	ooo	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01620	Bescheinigung oder Zeugnis	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01621	Krankheitsbericht	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01640	Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes	GoK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01641	Zuschlag Notfalldatensatz	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01642	Löschen eines Notfalldatensatzes	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01648	Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01670	Einholung eines Telekonsiliums	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100	Infusion	oDK	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	oDK	ooo
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02110	Erst-Transfusion	Goo	ooo
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02111	Folge-Transfusion	Goo	ooo
II	02	2.2	Tuberkulintestung	02200	Tuberkulintestung	GDK	ooo
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	GDK	ooo
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02320	Magenverweilsonde	GDK	ooo
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	GDK	ooo
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	oDo	ooo
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02340	Punktion I	GDK	ooo
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02341	Punktion II	GDK	ooo
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	GDK	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
III	08	8.6	Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie	08619	Beratung Kryo-RL	GDK	ooo
III	17	17.2	Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen	17210	Konsiliarpauschale	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17310	Teilkörperszintigraphie	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17311	Ganzkörperszintigraphie	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17330	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17331	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17332	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17333	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17340	Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17341	Zuschlag bei Intervention	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17350	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung	GDK	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17351	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17360	Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenzintigraphie	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17361	Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17362	Zuschlag SPECT, Einkopf	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17363	Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	GDK	ooo
III	17	17.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17372	Zusatzpauschale Radionuklidtherapie	GDK	ooo
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30710	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	GoK	ooo
IV	30	30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30760	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	GoK	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32030	Orientierende Untersuchung	oDo	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32032	pH-Wert	oDo	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32033	Harnstreifentest	oDo	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32035	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Erythrozytenzählung	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32036	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Leukozytenzählung	oDo	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32037	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Thrombozytenzählung	oDo	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32038	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Hämoglobin	oDo	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32039	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Hämatokrit	oDo	ooo
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32042	BSG	oDo	ooo
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	oDo	ooo
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32047	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32046, 32047 und 32050 - Retikulozytenzählung	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32050	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32046, 32047 und 32050 - Mikroskopische Untersuchung nach Gram-Färbung	oDo	ooo
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32051	Differenzial-Blutbild	oDo	ooo
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32052	Bestandteile im Sammelharn, quantitativ	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32055	Konzentrationsbestimmung eines Arzneimittels	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32056	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Gesamteiweiß	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32057	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Glukose	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32058	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Bilirubin gesamt	oDo	ooo

						Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung		
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32059	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Bilirubin direkt	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32060	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Cholesterin gesamt	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32061	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - HDL-Cholesterin	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32062	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - LDL-Cholesterin	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32063	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Triglyceride	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32064	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Harnsäure	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32065	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Harnstoff	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32066	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Kreatinin (Jaffé-Methode)	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32067	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Kreatinin, enzymatisch	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32068	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Alkalische Phosphatase	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32069	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - GOT	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32070	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - GPT	oDo	ooo

DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin

Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
für Erwachsene

						Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung		
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32071	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Gamma-GT	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32072	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Alpha-Amylase	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32073	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Lipase	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32074	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Creatinkinase (CK)	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32075	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - LDH	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32076	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - GLDH	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32077	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - HBDH	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32078	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Cholinesterase	oDo	ooo

DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin

Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
für Erwachsene

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32079	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Saure Phosphatase	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32081	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Kalium	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32082	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Calcium	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32083	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Natrium	oDo	ooo

DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin

Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
für Erwachsene

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32084	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Chlorid	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32085	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Eisen	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32086	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Phosphor anorganisch	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32087	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Lithium	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32089	Zuschlag Trägergebundene Reagenzien	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32092	Quantitative Bestimmung CK-MB	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32094	Quantitative Bestimmung von HbA1c	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32097	Quantitative Bestimmung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32101	Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH)	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32103	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106 - IgA	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32104	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106 - IgG	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32105	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106 - IgM	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32106	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106 - Transferrin	oDo	ooo
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32107	Serum-Elektrophorese	oDo	ooo
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - Blutungszeit (standardisiert)	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32111	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - Rekalkifizierungszeit	oDo	ooo
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32112	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - PTT	oDo	ooo
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32113	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - Quick-Wert, Plasma	oDo	ooo
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32114	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - Quick-Wert, Kapillarblut	oDo	ooo
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32115	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - Thrombinzeit	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32116	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - Fibrinogen	oDo	ooo
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32117	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 - Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)	oDo	ooo
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120	Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	oDo	ooo
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32121	Mechanisierte Leukozytendifferenzierung	oDo	ooo
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32122	Mechanisierte vollständige Blutstatus	oDo	ooo
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32123	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung	oDo	ooo
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32124	Endogene Kreatinin-clearance	oDo	ooo
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136 - CRP	oDo	ooo
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32130	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136 - Streptolysin O-Antikörper	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32132	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136 - Schwangerschaftsnachweis	oDo	ooo
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32133	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136 - Mononucleose-Test	oDo	ooo
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32134	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136 - Myoglobin	oDo	ooo
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32135	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136 - Urin-Mikroalbumin	oDo	ooo
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32136	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136 - Urin-Alpha-1-Mikroglobulin	oDo	ooo
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32150	Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	32	32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32151	Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	oDo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33042	Abdominelle Sonographie	ooK	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33043	Uro-Genital-Sonographie	GDK	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33046	Zuschlag Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	ooK	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33092	Zuschlag für optische Führungshilfe	GDK	ooo
IV	34	34.6	Osteodensitometrie	34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	oDK	ooo
IV	34	34.6	Osteodensitometrie	34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	oDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	ooo	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	ooo	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40104	Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40128	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder einer Verordnung an den Patienten	GDK	ooo
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40130	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse	GDK	ooo
V	40	40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest, Meldegebühr implantatbezogener Maßnahmen	40142	Abfassung in freier Form	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40502	Tc-99m-Phosphonaten (Knochen/Skelett)	GDK	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40504	Tc-99m-Makroaggregaten (Lunge)	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40510	Tc-99m-DMSA, 99mTc-DTPA (Niere)	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40514	Tc-99m-MAG3 (Niere)	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40522	Tc-99m-markierte Eigenerthrozyten (Herz, Leber, abdominale Blutungssuche)	GoK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40524	Tc-99m-markierte Liganden (Tumorlokalisierung)	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40528	Tc-99m-markierte Mikro-/Nanokolloide (Lymphknotendiagnostik)	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40551	Tc99m-Tektrotyd (Somatostatinrezeptor-Diagnostik)	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40562	Radioisotopen (Knochenmetastasen)	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40580	Ir-192	oDo	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40582	Radium-223-dichlorid	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40584	F-18-Fluorodesoxyglukose	GDK	ooo
V	40	40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40585	Ga-68-PSMA-Ligand	oDo	ooo

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						DKG, KBV; PatV: Nuklearmedizin	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
VII	51	51.1	Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)	51011	Pauschale für die Erfüllung der Anforderungen gem. § 10 Abs. 3 Buchstabe c) der ASV-Richtlinie - Qualitätskonferenzen	GDK	ooo
VII	51	51.2	Allgemeine Gebührenordnungspositionen	51020	Erstellen eines Medikationsplans gemäß § 5 Abs. 3 ASV- RL	GDK	ooo
VII	51	51.2	Allgemeine Gebührenordnungspositionen	51021	Anpassung des Medikationsplans und/oder des elektronischen Medikationsplans gemäß § 5 Abs. 3 ASV- RL	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	ooo	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	ooo	GDK
VII	51	51.4	Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen	51040	Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie	GDK	ooo
VII	51	51.4	Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen	51041	Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams	GDK	ooo





Appendix Anlage 1.1a) Tumorgruppe 4: Hauttumoren

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

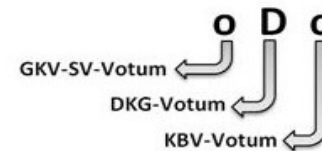
### Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

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

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

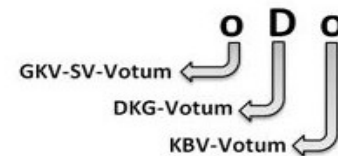
### Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



**GDK**

=

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

**ooo**

=

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

**oDo**

=

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

**rote Schrift**

=

Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt

**Hellblaue Schrift**

=

Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene

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

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

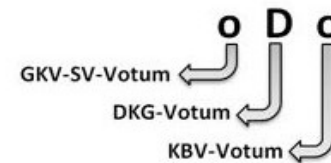
### Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

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

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

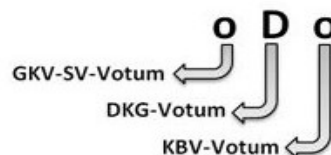
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

**Hinweis:**

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspuschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

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

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

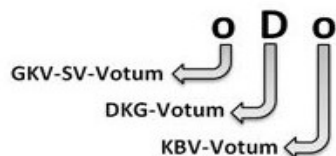
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

**Hinweis:**

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspuschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

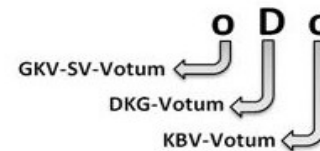
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

**Hinweis:**

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

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

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

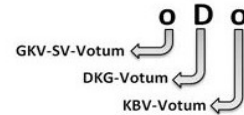
### Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	DKG, KBV, PatV: Humangenetik
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01220	Reanimationskomplex	ooo	GDK
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01221	Zuschlag Beatmung	ooo	GDK
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01222	Zuschlag Defibrillation	ooo	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	oDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	DKG, KBV, PatV: Humangenetik
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01436	Konsultationspauschale	ooo	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	DKG, KBV, PatV: Humangenetik
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	ooo	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100	Infusion	ooo	GDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	ooo	oDK
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	ooo	oDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	DKG, KBV, PatV: Humangenetik
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11230	Humangenetische Beurteilung	ooo	GDK
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11233	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	ooo	GDK
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11234	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	ooo	GDK
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11235	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	ooo	GDK
III	11	11.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	11301	Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	ooo	GDK
III	11	11.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	11302	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	ooo	GDK
III	11	11.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	11303	Erneute Beurteilung und Befundung von vor mindestens 4 Jahren erhobenen Rohdaten genetischer Analysen	ooo	GDK
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11501	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	ooo	oDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	DKG, KBV, PatV: Humangenetik
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11502	Postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	ooo	oDK
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11503	Postnatale molekularzytogenetische Charakterisierung konstitutioneller chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung	ooo	oDK
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11511	Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	ooo	GDK
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11512	Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen	ooo	GDK
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11513	Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation	ooo	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	DKG, KBV, PatV: Humangenetik
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11517	Vollständige Untersuchung auf eine konstitutionelle krankheitsauslösende Repeat-Expansion	ooo	GDK
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11518	Untersuchung auf eine oder mehrere in der Familie bekannte konstitutionelle Mutation(en)	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	ooo
V	40	40.3	Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik	40090	Zuschlag für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial (Probenentnahmegefäße und/oder -systeme einschließlich Systemkanülen, Sammelgefäße, Objektträger)	ooo	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	DKG, KBV, PatV: Humangenetik
V	40	40.3	Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik	40092	Zuschlag für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	ooo	GDK
V	40	40.3	Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik	40094	Zuschlag für Auftragsleistungen für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von ggf. auch infektiösem Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse	ooo	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo

Appendix Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

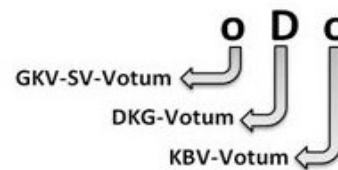
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



**GDK**

=

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

ooo

=

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

oDo

=

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

rote Schrift

=

Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt

Hellblaue Schrift

=

Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

**Hinweis:**

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
						<b>Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene</b>
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

Appendix Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

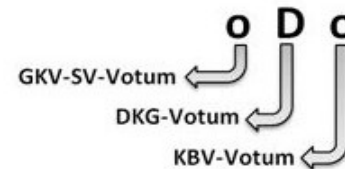
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GoK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GoK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

Appendix Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

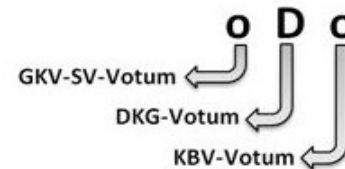
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

## Appendix Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

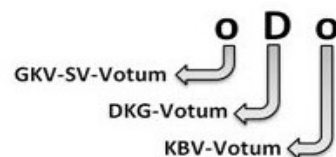
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



**GDK**

=

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

**ooo**

=

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

**oDo**

=

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

**rote Schrift**

=

Änderungen im Vergleich zum bisher gültigen Leistungsinhalt

**Hellblaue Schrift**

=

Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

**Hinweis:**

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

Appendix Anlage 1.2b) Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

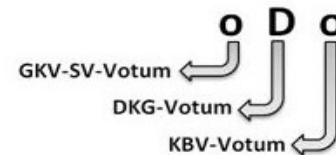
### Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK



Appendix Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

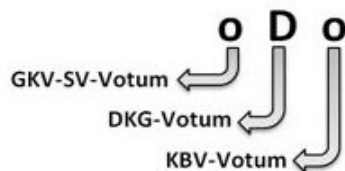
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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



Appendix Anlage 2 b) Mukoviszidose

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

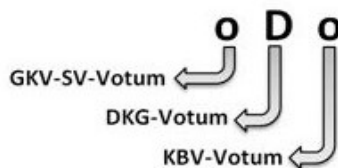
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK



## Appendix Anlage 2 c) Hämophilie

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

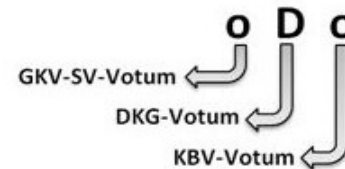
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

**Hinweis:**

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	ooo
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

Appendix Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

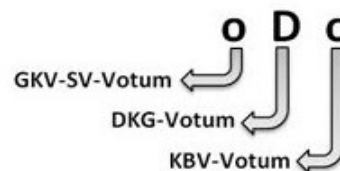
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

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

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

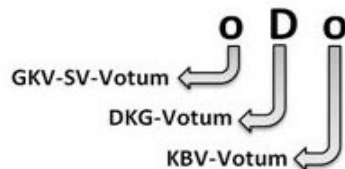
### Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

Appendix Anlage 2 h) Morbus Wilson

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

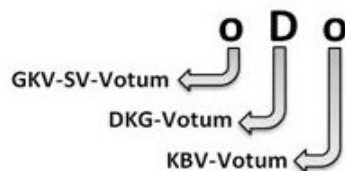
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

Appendix Anlage 2 k) Marfan-Syndrom

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

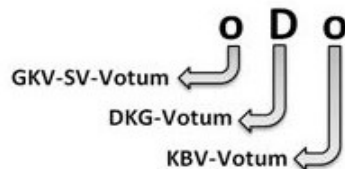
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

Appendix Anlage 2 I) Pulmonale Hypertonie

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

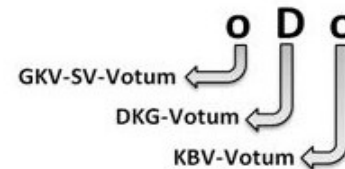
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK

Appendix Anlage 2 n) Transplantationsgruppe 1: allogene Stammzelltransplantation

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

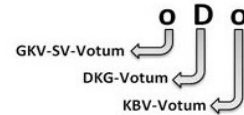
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK

						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK

Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene

Appendix Anlage 2 o) Ausgewählte seltene Lebererkrankungen

Stand: 26.11.2025

EBM Stand Quartal: 4. Quartal 2025

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

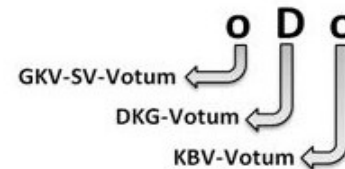
**Legende**

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

Beispiel: **o D o**

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



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

Hinweis:

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

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

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01430	Verwaltungskomplex	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	GDK	GDK
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01450	Zuschlag Videosprechstunde	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01601	Individueller Arztbrief	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte	
						Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35111	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35112	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	GDK	GDK
IV	35	35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600	Testverfahren, standardisierte	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	GDK	GDK
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40111	Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51030	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	GDK	GDK
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51032	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Erwachsenen)	GDK	ooo
VII	51	51.3	Psychotherapeutische Leistungen	51033	Psychotherapeutisches Gespräch (Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen)	GDK	GDK



# Tragende Gründe

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

Stand: 24.11.2025

## Legende:

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Positionen

Grau hinterlegte Textteile: von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Vom 19. März 2026

## Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	1
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	1
3.	Bürokratiekostenermittlung .....	12
4.	Verfahrensablauf .....	13
1.	Fazit.....	14
2.	Literaturverzeichnis.....	15
3.	Zusammenfassende Dokumentation.....	15

### 1. Rechtsgrundlage

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

### 2. Eckpunkte der Entscheidung

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

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

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

Nach § 116b Absatz 4 Satz 4 SGB V regelt der G-BA die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Der G-BA hatte hierzu in §§ 3 Absatz 5, 4 Absatz 2 und Absatz 12 unter anderem festgelegt, dass die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend gelten. Diese bisher entsprechend geltenden Regelungen hat der G-BA mit dem Beschluss vom 15. Juni 2023 in konkrete, auf die ASV angepasste übergeordnete allgemeine Tatbestände in § 4a und leistungsspezifische Qualitätsanforderungen im Anhang zu § 4a umgesetzt. Mit der Konkretisierung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen wird einerseits angestrebt, die im Rahmen des Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen nachzuweisenden Anforderungen zu vereinheitlichen und damit bundeseinheitliche Qualitätsstandards in der ASV zu fördern. Darüber hinaus sollen durch die Berücksichtigung sektorspezifischer Besonderheiten zugleich bürokratiearme Nachweise für die Erfüllung der Anforderungen ermöglicht werden. Eine Konkretisierung von leistungsspezifischen Anforderungen erfolgte mit dem Beschluss vom 15. Juni 2023 zunächst für die Leistungsbereiche Langzeit-EKG, Strahlendiagnostik- und -therapie sowie Koloskopie. Weitere für die ASV relevante Leistungsbereiche, für die Qualitätsanforderungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, werden sukzessive in den leistungsspezifischen Anhang des § 4a überführt.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden leistungsspezifische Anforderungen für die Leistungsbereiche Ultraschall beziehungsweise Sonographie, Kurative Mammographie und Vakuumbiopsie der Brust konkretisiert. Diese Leistungen dürfen in der ASV durchgeführt werden, wenn die übergeordneten Tatbeständen gemäß § 4a oder alternativ die Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen im Anhang zu §4a gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (eLA) angezeigt wurde.

Grundlage der in diesem Anhang aufgeführten Regelungen sind die entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V (QSV). Die QSV umfassen personenbezogene Anforderungen an den Genehmigungsinhaber, die neben dem Genehmigungserhalt teilweise auch kontinuierlich zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen sind. Eine 1:1-Übertragung der Vorgaben der QSV in die ASV ist daher nicht möglich. Abweichungen der einzelnen Regelungen des Anhangs von den Inhalten der jeweiligen QSV beruhen auf den unterschiedlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vorgaben im vertragsärztlichen und im Krankenhaussektor. Der bürokratische Aufwand der Qualitätsnachweise in der ASV soll auf ein sinnvolles Maß beschränkt werden. Bei der Überführung leistungsbereichsbezogener Qualitätsanforderungen wurde zudem ein Abgleich mit der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO) inkl. der Zusatzweiterbildungen durchgeführt und so der Erwerb von Kompetenzen für die Übernahme der Anforderungen an die fachliche Befähigung berücksichtigt. Übergeordnete und bereits anderweitig geregelte Anforderungen, beispielsweise technische oder apparative Voraussetzungen, wurden nicht vollumfänglich aus den jeweiligen QSV übernommen. Im Gegensatz zu den Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V verzichtet der G-BA zudem auf die Aufnahme von kontinuierlichen Prüfungen.

#### **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

**2.1 Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen**

**Zu 5. Ultraschall**

Die Sonographie oder Ultraschalluntersuchung ist deutschlandweit das am häufigsten durchgeführte bildgebende Untersuchungsverfahren, wobei keine ionisierenden Strahlen sondern hochfrequente Schallwellen eingesetzt werden. Um den bürokratischen Aufwand möglichst gering zu halten, hat der G-BA abweichend von der QSV Ultraschall auf die Differenzierung der verschiedenen Organsysteme gemäß den Anlagen I und II QSV (Anforderungen an die fachliche Befähigung) verzichtet.

Analog zur QSV werden drei mögliche Zugangswege zum Nachweis der fachlichen Qualifikation für die Erbringung von Ultraschalleistungen definiert. Die fachlichen Voraussetzungen gelten als erfüllt, wenn die jeweilige Fachgruppe gemäß MWBO diese im Rahmen der Weiterbildung erwirbt bzw. laut Weiterbildungsrecht zur Durchführung der Sonographieleistung berechtigt ist oder eine mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet erfolgte, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst oder wenn Grund-, Aufbau- und Abschlusskurse im jeweiligen Anwendungsgebiet absolviert wurden. Beide letztgenannten Möglichkeiten erfordern zum Erwerb der entsprechenden Kompetenz zusätzlich die erfolgte Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt.

Auf die Vorgabe von Mindestuntersuchungszahlen für jedes Anwendungsgebiet im Bereich Ultraschall wird verzichtet. Es wird davon ausgegangen, dass die Untersuchungszahlen, die im Rahmen der Facharztausbildung zu erbringen sind, auch für die weiteren Zugangswege nicht unterschritten werden.

<p><b>KBV</b></p> <p>Die Geltung übergeordneter Regelungen wie bspw. die Medizinprodukte-Betreiberverordnung oder das Gerätesicherheitsgesetz werden vorausgesetzt. Ebenso werden komplexe apparative Vorgaben wie die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte oder das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz im Beschluss selbst nicht explizit benannt, die unabhängig von der QS-Regelung in der ASV gelten.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Für die Anwendung von Ultraschallgeräten im Rahmen der ASV sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, wie die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte, das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, das Gerätesicherheitsgesetz, sowie die entsprechenden Normen zu beachten. Auf die Festlegungen weiterer Anwendungsbereichsspezifischer apparativer Anforderungen wird im Rahmen der ASV verzichtet. Es wird vorausgesetzt, dass Leistungserbringer darauf achten, dass insbesondere die eingesetzten Schallköpfe auf das jeweilige Anwendungsgebiet und die zu untersuchende Patientengruppe ausgerichtet sind.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[prüft]</p>
--	--	----------------------------------

**Kommentiert [QS-V1]: DKG mit E-Mail vom 25.07.2025:**  
 Beide Vorschläge sind gangbar, wobei im GKV-Vorschlag die gesetzliche Grundlage für die markierte Aussage ergänzt werden sollte. So würde deutlich werden, dass es sich hierbei um eine übergeordnete Anforderung handelt, die unabhängig von dem leistungsrechtlichen Kontext der Durchführung zu erfüllen ist.

Ultraschalleistungen werden in Kapitel 33 des EBM abgebildet. Sofern eine dieser GOP in einem anlagespezifischen Appendix einer Fachgruppe zugeordnet wurde, ist die Erfüllung der Anforderungen für mindestens einen ASV-Berechtigten gegenüber dem eLA anzuzeigen.

**Zu 6. Kurative Mammographie**

Die Anwendung von Strahlung zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken wird unter anderem über das Strahlenschutzgesetz, die Strahlenschutzverordnung und die Röntgenverordnung geregelt. Diese übergeordneten Regelungen und Anforderungen gelten unabhängig davon, in welchem leistungsrechtlichen Kontext Strahlen eingesetzt werden, und sind von den jeweilig zuständigen Stellen zu überprüfen.

Die GOP 34270 und 34272 bilden die kurative Mammographie im EBM ab. Sofern diese GOP in einem anlagespezifischen Appendix einer Fachgruppe zugeordnet wurden, ist die Erfüllung der Anforderungen für mindestens einen ASV-Berechtigten gegenüber dem eLA anzuzeigen.

Der Erwerb von Kompetenzen in der Strahlendiagnostik und -therapie, incl. der Mammographie, ist wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung im Gebiet Radiologie.

<p><b>KBV, GKV-SV</b></p> <p>Wurde die Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe erworben, ist die Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma erforderlich. Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dieser Zusatzbezeichnung und Fachärzte für Radiologie erfüllen grundsätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung für Leistungen der kurativen Mammographie. Die Zusatzbezeichnung wurde zwar in der Musterweiterbildungsordnung gestrichen, findet sich aber noch in einzelnen regionalen Weiterbildungsordnungen und auch noch in der QSV. Um möglichen Anpassungen der QSV nicht vorzugreifen, führt der G-BA die Zusatzbezeichnung als Voraussetzung der Durchführung von kurativen Mammographien durch Gynäkologen in der ASV vorerst weiter auf.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Laut §3 Absatz 3 der ASV-RL richtet sich der G-BA in der ASV-RL nach den in der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgeführten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen. Diese schließen auch Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. Dieser grundlegenden Vorgehensweise in der ASV-RL wird gefolgt, indem die in der Musterweiterbildungsordnung aufgeführte Facharztbezeichnung Gynäkologie und Geburtshilfe als fachliche Voraussetzung genannt wird.</p>
--	---

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Zum Nachweis der speziellen Expertise sind für beide Fachgruppen auch _____</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Für beide Fachgruppen wurden entsprechend der QSV</p>
--	--

Mindestmengen an Palpationen und Inspektionen der Mammae sowie an Befundungen von Mammographien vorgegeben, die durchgeführt sein müssen. Ebenso wird eine Mindestmenge an Patientinnen gefordert, für die der Strahlengang persönlich eingestellt wurde. Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Facharztweiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.

<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Daneben müssen ASV Berechtigte für die Erbringung von Leistungen der Mammographie die erfolgreiche Teilnahme an einer Fallsammlungsprüfung nachweisen. Fallsammlungsprüfungen können bei den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen abgenommen werden. Dafür müssen Krankenhäu-</p>	<p><b>DKG, KBV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	--

**Kommentiert [NIE2]: Hinweis der Rechtsabteilung vom 27.10.2025:**  
 Das diese Anforderung auch für Radiologen (wie in der QS-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V) ist im BE nicht eindeutig abgebildet.

**Kommentiert [DKG3]: DKG mit E-Mail vom 25.07.2025:**  
 Formulierung wird nach Prüfung der Einschätzung der Rechtsabteilung ggf. ergänzt.

ser, die die Teilnahme angestellter Ärzte in der ASV anzeigen, Kooperationsvereinbarungen mit einer regionalen KV schließen bzw. eine Vereinbarung über die Kostenübernahme treffen. Die Voraussetzung gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt erfolgreich an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen gemäß Anhang 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä teilgenommen hat.

<b>KBV, DKG</b>	<b>GKV-SV</b>
<p>Für beide Facharztgruppen geht der G-BA davon aus, dass diese für die spezifischen Untersuchungen in Organisationseinheiten tätig sind, die die übergeordneten Vorgaben des Strahlenschutzes <b>DKG:</b> , inkl. der erforderlichen Fachkunde nach § 47 StrlSchV,] sowie weitere räumliche, apparative und organisatorische Anforderungen erfüllen. Eine zusätzliche Anzeige gegenüber dem eLA für die ASV ist somit nicht erforderlich.</p>	<p>Es wird vorausgesetzt, dass zum Betrieb einer Mammographieeinrichtung eine Genehmigung zur Mammographie nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG oder einer entsprechenden Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 des StrlSchG vorliegt. Eine Untersagung ist gegenüber dem eLA unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>Für die Anwendung von Mammographiegeräten im Rahmen der ASV sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, wie die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte, das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, das Gerätesicherheitsgesetz, sowie die entsprechenden Normen zu beachten.</p> <p>Darüber hinaus sind die apparativen Anforderungen in Anlage I der QSV Kurative Mammographie zu beachten, hier insbesondere die Ausstattung mit digitalen Bildempfängern. Diese Anforderungen gelten als Mindeststandard, deren Einhaltung gegenüber den erweiterten Landesausschüssen bei Anzeigestellung zu erklären ist.</p> <p><i>[Alternativ:]</i></p> <p>Lediglich die Ausstattung der Mammographieeinrichtung mit digitalen Bildempfängern muss gegenüber dem eLA im Anzeigeverfahren erklärt werden.</p>

**Kommentiert [DKG4]:** DKG mit E-Mail vom 25.07.2025: DKG prüft entsprechend des BE. Positionierung erfolgt in Abhängigkeit der Umsetzungsmöglichkeiten des dynamischen Verweises.

**Kommentiert [NIE5]:** Hinweis der Rechtsabteilung vom 27.10.2025: Siehe im Hinweis im BE zur Abweichung von den Anforderungen bei Strahlendiagnostik und -therapie

**Zu 7. Vakuumbiopsie der Brust**

Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen der Vakuumbiopsie der Brust gemäß GOP 34274 erbringen wollen, müssen die Anforderungen zur Erbringung von Leistungen der Mammasonographie (GOP 33041) und der Mammographie (GOP 34270 und 34272) erfüllen.

Zudem müssen Anzeigensteller anzeigen, dass sie über die notwendige Erfahrung in der Anwendung der Methode verfügen.

Die diesbezüglichen Anforderungen wurden aus der zugrundeliegenden QSV übernommen. Dem grundsätzlichen Vorgehen bei der Überführung der QSV wird gefolgt, indem kontinuierliche Prüfungen nicht übernommen wurden. Dies folgt dem Umstand, dass entsprechend §116b Absatz 2 Satz 1 den eLA die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen angezeigt werden muss, um Leistungen der ASV erbringen zu können. Eine erneute Prüfung nach 5 Jahren ist möglich, eine kontinuierliche Prüfung der Teilnahmevoraussetzung jedoch nicht vorgesehen. Bereits mit dem Beschluss vom 15.06.2023 hatte der G-BA dargelegt, dass dadurch der bürokratische Aufwand der Qualitätsnachweise in der ASV auf ein sinnvolles Maß beschränkt werden soll.

Die Anforderungen an die apparative Ausstattung wurden aus der zugrundeliegenden QSV übernommen.

## **2.2 Anpassungen von Vorgaben, die mehrere erkrankungsspezifische Regelungen betreffen**

### Überführung der Zusatz-Weiterbildungen in Schwerpunkt-Weiterbildungen im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin

Der Deutsche Ärztetag 2025 hat die Muster-Weiterbildungsordnung (Muster-WBO) 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 Muster-WBO in diesem Beschluss zur Änderung der ASV-RL nach. Nach § 3 Absatz 3 Satz 2 der Richtlinie schließen die die 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 Muster-WBO weder Weiterbildungsinhalte, noch Weiterbildungszeiten oder das Prüfungsanfordernis geändert wurden, sind die alten Zusatz-Weiterbildungen gleichwertig mit der neuen Schwerpunkt-Weiterbildungen, so dass zur Erfüllung der personellen Anforderungen statt oder neben entsprechender Fachärztinnen und Fachärzte aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt-Weiterbildung auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatz-Weiterbildung benannt werden können.

Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss die Möglichkeit der Erfüllung der entsprechenden personellen Anforderungen sowohl durch Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung als auch durch solche mit Schwerpunkt-Weiterbildung auch bei der Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen berücksichtigt.

### Systematische Ergänzung von Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche

Mit dem am 15. November 2019 beschlossenen und am 1. September 2020 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz –PsychThG) grundlegend überarbeitet und die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten reformiert. 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 Weiterbildungsordnung der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer. Dadurch ist die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten entstanden, die auch in der ASV Berücksichtigung findet. Sofern eine psychologische Betreuung im Rahmen einer erkrankungsspezifischen Regelung vorgesehen ist, können auch Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene bzw. für Kinder und Jugendliche als eine von mehreren möglichen Fachgruppen benannt werden. Entsprechend werden diese Fachgruppen als weitere Möglichkeit in allen betroffenen erkrankungsspezifischen Regelungen ergänzt.

**Einschluss von labormedizinischen Leistungen für die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin in den Anlagen 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren und 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren**

Durch die zunehmende Verfügbarkeit und den vermehrten Einsatz von Immuntherapien treten mitunter neue Nebenwirkungen auf, die im Rahmen der Behandlung abgeklärt werden müssen. Dazu zählen unter anderem auch Gelenkbeschwerden. Um eine gemäß internationaler Leitlinien adäquate Diagnostik bei Erkrankungen der Gelenke zur Differenzierung von Immuntherapie-bedingten, unerwünschten Nebenwirkungen von anderen Erkrankungen zu ermöglichen, erfolgt die Aufnahme der GOPen 32489 (Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid), 32490 (ANA Suchtest), 32491 (Doppelstrang-DNS Antikörper), 32492 (Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene), 32493 (Antikörper gegen Zentromerantigene) und 32496 (ANCA) in die ASV-Anlagen gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologische Tumoren und urologische Tumoren.

**Kommentiert [DKG6]:** DKG mit E-Mail vom 09.10.2025:  
Gemäß  
Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.

**2.3 Anpassung einzelner erkrankungsspezifischer Regelungen**

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

<p><b>PatV</b></p> <p>Beim Peutz-Jeghers-Syndrom (PJS) handelt es sich um eine seltene genetisch bedingte Erkrankung, die durch hamartomatöse Polypen im Magen-Darm-Trakt und ein stark erhöhtes Risiko für Tumoren in gastrointestinalen Organen sowie in anderen Bauchorganen, wie Bauchspeicheldrüse und Eierstöcken, gekennzeichnet ist. Der Krankheitsverlauf ist komplex: Wiederkehrende Polypen können zu Darmobstruktionen, Invaginationen oder Blutverlust führen, weshalb eine kontinuierliche, spezialisierte Überwachung notwendig ist. Die Diagnostik und Therapie des PJS erfordern eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von z.B. Gastroenterologen, Chirurgen, Onkologen, Radiologen und Humangenetikern. Spezialisierte Verfahren wie Videokapsel-Enteroskopien, Ballonenteroskopien und chirurgische Eingriffe zur Polypenentfernung sind für eine bedarfs- und leitliniengerechte Behandlung notwendig, sodass Notoperationen und andere Komplikationen vermieden werden können. Das PJS wird daher in die Anlage „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ aufgenommen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, KBV</b></p> <p><i>[derzeit keine Prüfung möglich]</i></p>
--	--

**Kommentiert [QS-V7]:** AG ASV am 24.09.2025:  
In Abhängigkeit der Beratungen im UA ASV im November und im Plenum im Dezember 2025

**Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

<p><b>GKV-SV, DKG, KBV</b></p> <p>Der G-BA hat die Nutzenbewertung zum Einsatz biomarkerbasierter Tests beim primären Mammakarzinom am 17.07.2025 abgeschlossen und die Patientengruppe spezifiziert, bei der der Einsatz eines entsprechenden Tests mit einem Nutzen verbunden ist. Auch in der ASV soll der Einsatz von biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen erfolgen, die davon profitieren. Genexpressionsanalysen waren für Patientinnen für die der G-BA bereits in der Vergangenheit einen Nutzen festgestellt hat, unter Diagnostik im allgemeinen Behandlungsumfang abgebildet; im Appendix findet sich hierfür beispielsweise die GOP</p>	<p><b>PatV</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>
--	--

<p>19506. Darüber hinaus war der Einsatz auch bei weiteren Patientinnen möglich, welche im Abschnitt Weitere spezifische Leistungen aufgeführt waren. Nach Abschluss der Nutzenbewertung wurde für die ASV konstatiert, dass nun diejenigen Patientinnen, die von dem Einsatz eines Tests profitieren, ausreichend über den Abschnitt 19.4.5 EBM berücksichtigt sind, so dass die Untersuchung aus dem Abschnitt Weitere spezifische Leistungen gestrichen wird.</p>	
--	--

Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie

<p><b>DKG, KBV</b></p> <p>Dem G-BA liegen erneut Hinweise vor, dass vielerorts nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie verfügbar sind, um Patientinnen in der ASV behandeln zu können. Fachärztinnen und Fachärzte mit dem entsprechenden Schwerpunkt spezialisieren sich insbesondere auf die operative Tumorthherapie und stehen somit oft nicht für eine ambulante Betreuung und Durchführung der medikamentösen Therapie zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund wird auch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie die ergänzende Teilnahme an der ASV ermöglicht.</p>	<p><b>GKV-SV, PatV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
---	--

**Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren**

Konkretisierung der Erkrankung

<p><b>DKG, GKV-SV, PatV</b></p> <p>Mit dem Beschluss vom 21.12.2017 hat der G-BA einstimmig den Beschluss zur Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren getroffen und dabei im Behandlungsumfang zusätzliche Therapieverfahren aufgeführt, die im Rahmen der Anlage erbracht werden können zu denen auch die Instillationstherapie zählt. Es erfolgt nun eine Klarstellung, dass die Behandlung in der ASV auch aufgrund der bereits im Behandlungsumfang enthaltenden Instillationstherapie erfolgen kann.</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Instillationstherapien können im Rahmen dieser ASV-Anlage bei urologischen Tumoren durchgeführt werden. Es wird in der Konkretisierung nunmehr klargestellt, dass diese Therapieformen nur bei muskelinvasiven oder multilokulären High-Risk-Blasenkarzinomen (TNM-Klassifikation pT3- pT4, G3) angewendet werden.</p>
--	---

- Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie

<p><b>KBV</b></p> <p>Entsprechend den Konkretisierungskriterien ist bei muskelinvasiven oder multilokulären High-Risk-Tumoren (TNM-Klassifikation pT3-</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p>[keine Übernahme]</p>
--	--

pT4, G3) eine Instillationstherapie gerechtfertigt, v.a. zur Vermeidung von zur Metastasierung und Progression dieser Tumoren.	
--	--

Weitere spezifische Leistungen:

Für die Indikation für Untersuchungen mittels PSMA-PET/CT wurde die Risikoeinteilung entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie Prostatakarzinom übernommen (ISUP GG ≥ 3 statt Gleason-Score 8-10).

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss diese Aktualisierung in den spezifischen Leistungen der Anlage urologische Tumoren zeitnah bei der Festlegung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen berücksichtigt.	<b>KBV</b> [keine Übernahme]
--	---------------------------------

Kernteam

Lutetium (117Lu) Vipivotidtraxetan kann zur Therapie des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt werden. Die Therapie wird in der Regel durch die Fachgruppe Nuklearmedizin durchgeführt. In Analogie zu anderen onkologischen Indikationen für die nuklearmedizinische Therapien vorliegen wird deshalb die Fachgruppe Nuklearmedizin in das Kernteam aufgenommen, sofern Patienten mit Prostatakarzinom behandelt werden. Die Aufnahme in das Kernteam hat **bis zum xx.xx.xxxx** zu erfolgen.

GOP 19404, 19451, 19453.

Die Zulassung eines Immuncheckpoint-Inhibitors für die Therapie des fortgeschrittenen Urothelkarzinoms setzt die immunhistochemische Bestimmung des Expressionsstatus des betreffenden Liganden bzw. den Nachweis einer Mutation/Fusion in einem beteiligten Gen voraus. Die hierfür erforderlichen Untersuchungen werden mit dem vorliegenden Beschluss im Appendix ergänzt.

**Anlage 1.1 a) 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung**

Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

<b>KBV, PatV, DKG</b> <u>Humangenetik</u> Da auch autosomal rezessiv bedingte, vererbte Erkrankungen wie die Sichelzellanämie und die Thalassämie zur Aufnahme in dies ASV führen können, ist die Expertise eines Humangenetikers erforderlich	<b>GKV-SV</b> [keine Aufnahme]
--	-----------------------------------

**Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**

Konkretisierung der Erkrankung

PatV, DKG	GKV-SV [prüft], KBV
<p>Die Mikroskopischen Kolitiden (MiKo) zählen zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED/IBD). Sie umfassen drei Formen der Dickdarmentzündung – die kollagene, lymphozytäre und inkomplette mikroskopische Kolitis (Miehlke 2021). In der ICD-10 sind sie unter K52.8 – Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis klassifiziert.</p> <p>Die Erkrankungen verlaufen chronisch-entzündlich und schubweise. Sie ähneln damit in Verlauf und Versorgungsanforderungen den klassischen CED. Die Prävalenz liegt bei etwa 50 pro 100.000 Personen für die kollagene und 60 pro 100.000 Personen für die lymphozytäre Kolitis, mit steigender Häufigkeit, vor allem bei älteren Patient:innen und Frauen (Miehlke 2021).</p> <p>Typisch sind chronisch-wässrige Durchfälle mit erhöhter Stuhlfrequenz, imperativem Stuhldrang bis zur Inkontinenz sowie teils Gewichtsverlust, Schmerzen, Übelkeit und Unwohlsein (DCCV 2025).</p> <p>Die Diagnose ist ausschließlich durch histologische Untersuchung von Biopsien möglich, da sich der Dickdarm endoskopisch meist unauffällig zeigt. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologie und Pathologie. Die Therapie ist je nach Schweregrad vielschichtig: Neben Budesonid kommen Gallensäurebinder, Immunmodulatoren und Biologika zum Einsatz; in Einzelfällen sind operative Eingriffe notwendig. Diese komplexen Verläufe machen eine interdisziplinäre Betreuung durch erfahrene Fachärzt:innen erforderlich.</p>	<p>[keine Aufnahme]</p>

**Kommentiert [PatV8]:** PatV mit E-Mail vom 13.10.2025: [Miehlke, S. u. a. \(2021\): "European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations", in: United European Gastroenterol Journal, 21, S. 13 – 37](https://www.dccv.de/fileadmin/public/Presse/Publicationen/Broschuere_Mikroskopische_Kolitiden_Juli_2025.pdf)

**Kommentiert [PatV9]:** PatV mit E-Mail vom 13.10.2025: [https://www.dccv.de/fileadmin/public/Presse/Publicationen/Broschuere\\_Mikroskopische\\_Kolitiden\\_Juli\\_2025.pdf](https://www.dccv.de/fileadmin/public/Presse/Publicationen/Broschuere_Mikroskopische_Kolitiden_Juli_2025.pdf)

**Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**

Appendix Präambel

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

GOP 35600

Epileptische Erkrankungen und Syndromen sind komplexe Erkrankungen, die nicht nur durch die Anfälle selbst, sondern auch durch die Auswirkungen auf die kognitive und psychosoziale Entwicklung der Betroffenen geprägt ist. Der Einsatz von standardisierten Testverfahren zur neuropsychologischen Testung und kognitive Beurteilung ist folglich notwendig und nimmt eine zentrale Rolle in der Diagnostik ein. Sie ermöglichen es, spezifische Defizite von Hirnfunktionen zu identifizieren und umfassende Kenntnisse der neurologischen, psychologischen und

sozialen Entwicklungsstände der Patienten für weitere Therapieentscheidungen und individueller Therapieansätze zu erlangen. Diese Leistungen werden daher für die FG Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Neurologie des Kernteams geöffnet.

<p><b>DKG, KBV</b></p> <p><u>GOP 35601</u></p> <p>Psychometrische Tests sollen in Ergänzung zu der GOP 35600 ebenfalls für die FG Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Neurologie des Kernteams ermöglicht werden. Dabei handelt es sich um diagnostische Verfahren, die v.a. zur Messung psychologischer Merkmale wie Intelligenz und kognitive Fähigkeiten eingesetzt werden sollen.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	--

#### **Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose**

<p><b>DKG, KBV</b></p> <p><u>GOP 51050/zusätzlich Streichung der GOP 50100</u></p> <p>Der G-BA hat wiederholte Hinweise aus der Versorgung zum Anlass genommen, die abrechenbaren Leistungen für die FG Augenheilkunde in der 3. Ebene erneut zu prüfen. Da die unerwünschten Nebenwirkungen gemäß der Fachinformation beim Einsatz des Medikamentes Ethambutol über eine Störung des Farbsinnes hinausgehen und auch die Sehschärfe und das Gesichtsfeld betreffen können, bildet die isolierte Abrechnung der Prüfung des Farbsinnes anhand der GOP 50100 nicht das Ausmaß der augenärztlichen angezeigten Untersuchung ab. Eine Abrechnung der augenärztlichen Grundpauschale ist aufgrund der Verortung in der 3. Ebene nicht vorgesehen. Aus den oben genannten Gründen wird die GOP 51050 Augenärztliche Leistungen in den Ziffernkranz aufgenommen.</p> <p>In diesem Zuge erfolgt die Streichung der GOP 50100, da diese Untersuchung auch von der GOP 51050 umfasst ist.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>[keine Übernahme]</p>
--	---

#### **Anlage 2 b) Mukoviszidose**

<p><b>DKG</b></p> <p><u>GOP 32381, 32505, 32508, 32816</u></p> <p>Im Rahmen der Mukoviszidose können sowohl durch die Erkrankung selber als auch im Rahmen der medikamentösen Therapie gastrointestinalen Beschwerden und Symptomen auftreten. So zählen gastrointestinalen Beschwerden beispielsweise zu den häufigen und sehr häufigen Nebenwirkungen einer Therapie mittels CFTR-Modulatoren. Die Bestimmung von Calprotectin (GOP 32381) kann zur Differenzierung dieser Beschwerden von anderen entzündlichen Erkrankungen des Darmes genutzt werden, sodass diese GOP ergänzt wird.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
---	---

<p>Ebenso kann es in Folge der Mukoviszidose zu Wachstums- und Ge- deihstörungen kommen. Da diese multifaktoriell bedingt sein können, kann die Abklärung der auslösenden Faktoren herausfordernd sein. So ist beispielsweise die Prävalenz der Zöliakie bei Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose erhöht. Um eine Differenzierung zu er- möglichen, werden GOPen zur Diagnostik von relevanten Ursachen ergänzt (32502, 32505, 32508).</p> <p>Aufgrund ihrer Grunderkrankung haben Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe einer SARS-CoV-2 Infektion, beispielsweise indem sie eine akute pulmonale Exazerbation bedingt. Auch kann eine entsprechende Infektion eine Anpassung der Therapie erforderlich machen, indem der Einsatz von bestimmten immunsuppressiven oder immunmodulierenden Medi- kamenten pausiert werden muss. Um eine Infektion diagnostizieren zu können wird die GOP 32816 aufgenommen.</p>	
--	--

**Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen**

Konkretisierung der Erkrankung

Den Hinweisen aus der Versorgung zur Konkretisierung der Anlage Neuromuskuläre Erkran-  
kungen folgend, hat der G-BA die Aufnahme der Transthyretin-Amyloidose mit Polyneuropathie  
geprüft. Bei vornehmlich polyneuropathischer Manifestation wird diese Erkrankung klinisch  
zu den familiären Amyloid-Polyneuropathien gezählt. Diese hereditären Formen werden  
mit E85.1 Neuropathische heredofamiliäre Amyloidose kodiert. Aus diesem Grund hat der G-  
BA sich für die Aufnahme des oben genannten ICD-Kodes in die Konkretisierung der Anlage  
entschieden.

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV</b>	<b>DKG</b>
<p>Die Öffnung für die GOP 32150 Immunologischer Nach- weis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vor- gefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syn- drom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Aus- wertung ist für diese Erkrankungen medizinisch erforder- lich.</p>	<p>[keine Aufnahme]</p>	<p>[prüft]</p>

**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 xxxx Euro sowie einmalige Büro-  
kratiekosten in Höhe von xxxx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet  
sich in der **Anlage 1**.

#### 4. Verfahrensablauf

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

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
11. November 2015	UA ASV	Beauftragung der AG mit der jährlichen Aktualisierung (der Appendizes)
10. Februar 2016	UA ASV	Beauftragung der AG ASV zur Änderung der ASV-Richtlinie nach § 116 b SGB V zur Übertragung leistungsspezifischer Qualitätsanforderungen nach den Vorgaben der Vereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V in die ASV-RL
15. Januar 2025	AG ASV	Beratungen zur Übertragung der QS-Anforderungen Leistungsbereiche Ultraschall, kurative Mammographie und Vakuumbiopsie der Brust
5. März 2025	AG ASV	Beratungen zur Übertragung der QS-Anforderungen Leistungsbereiche Ultraschall, kurative Mammographie und Vakuumbiopsie der Brust
15. Mai 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussesentwurfes zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
22. Mai 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
17. Juni 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussesentwurfes zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
9. Juli 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussesentwurfes zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
22. Juli 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
30. Juli 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
6. August 2025	AG ASV	Beratung des Beschlussesentwurfes zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
26. August 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
30. September 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)

<b>24. September 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025
<b>16. Oktober 2025</b>	AG ASV	Beratung des Beschlusentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 inkl. QS-Anforderungen
<b>28. Oktober 2025</b>	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2025 (Appendizes)
<b>12. November 2025</b>	Unterausschuss ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren
<b>20. Januar 2026</b>	AG-Sitzung	Beratung; Vorbereitung Auswertung StnV
<b>11. Februar 2026</b>	Unterausschuss ASV	Auswertung Stellungnahmeverfahren und ggf. Anhörung
<b>19. März 2026</b>	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 Beschlusentwurf 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 12. November 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

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

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

### 1. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **19. März 2026** 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.

## 2. Literaturverzeichnis

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

## 3. 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: Stellungnahme

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme

Berlin, den 19. März 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# 1 Übersichtsdokument

2 zur Aktualisierung und Anpassung der ASV-Richtlinie des Ge-  
3 meinsamen Bundesausschusses nach § 116b SGB V

4 **Stand: 26.11.2025**

5 **Legende:**

6 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Positionen

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

8 **Blaue Schrift:** Ergänzungen

9 **Durchgestrichen:** Streichungen

10 **Grüne Schrift:** Änderungen die aus dem Beschluss zur Aktualisierung der ASV-RL (Omnibus  
11 2024) vom 15.05.2025 resultieren, der Beschluss ist noch nicht in Kraft

12 **Lila Schrift:** Änderungen die aus dem Beschluss zur Anpassung der Appendizes „Lymphome“  
13 und „allogene Stammzelltransplantation“ vom 17.07.2025 resultieren, der Beschluss ist noch  
14 nicht in Kraft

15 **Hinweis:**

16 Die Darstellungen zu Nr. 5 Appendix sind teilweise vereinfacht (Überschneidungen möglich;  
17 z.B. Text bereits in den Beschlussentwurf übernommen, aber ursprüngliche Änderungen noch  
18 nicht in Kraft.)

19

20	<b>Inhalt</b>	
21	§ 1	Rechtsgrundlage und Geltungsbereich ..... 4
22	§ 2	Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)..... 4
23	§ 3	Personelle Anforderungen ..... 5
24	§ 4	Sächliche und organisatorische Anforderungen ..... 6
25	§ 4a	Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ..... 7
26	§ 5	Behandlungsumfang..... 8
27	<del>§ 5a</del>	<del>Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie ..... 10</del>
28	<del>§ 5b</del>	<del>§ 5a Außerkräfttreten der Appendizes ..... 10</del>
29	§ 6	Studienteilnahme ..... 11
30	§ 7	Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen..... 11
31	§ 8	Überweisungen ..... 11
32	§ 9	Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung..... 12
33	§ 10	Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V ..... 12
34	§ 11	Mindestmengen ..... 12
35	§ 12	Qualitätssicherung ..... 12
36	§ 13	Evaluation..... 13
37	§ 14	Dokumentation ..... 13
38	§ 15	Patienteninformation..... 13
39	§ 16	Jährliche ICD-10-GM-Anpassung..... 13
40		Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ..... 15
41	<b>Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</b>	<b>..... 22</b>
42	a)	onkologische Erkrankungen ..... 23
43	Tumorgruppe 1:	gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle ..... 23
44	Tumorgruppe 2:	gynäkologische Tumoren ..... 33
45	Tumorgruppe 3:	urologische Tumoren ..... 45
46	Tumorgruppe 4:	Hauttumoren..... 53
47	Tumorgruppe 5:	Tumoren der Lunge und des Thorax ..... 61
48	Tumorgruppe 6:	Kopf- oder Halstumoren..... 69
49	Tumorgruppe 7:	Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven..... 78
50	Tumorgruppe 8:	Knochen- und Weichteiltumoren..... 86
51	Tumorgruppe 9:	Tumoren des Auges..... 94
52	Tumorgruppe 10:	Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere
53		Erkrankungen der Blutbildung ..... 101
54	b)	rheumatologische Erkrankungen ..... 108
55	Teil 1:	Erwachsene ..... 109
56	Teil 2:	Kinder und Jugendliche ..... 116
57	c)	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ..... 121

58	<b>Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</b>		
59	<b>127</b>		
60	a)	Multiple Sklerose.....	128
61	b)	zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie).....	133
62	<b>Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen 138</b>		
63			
64	a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose .....	139
65	b)	Mukoviszidose .....	144
66	c)	Hämophilie .....	149
67	d)	neuromuskuläre Erkrankungen.....	154
68	e)	schwerwiegende immunologische Erkrankungen .....	160
69	Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose.....		160
70	f)	biliäre Zirrhose [unbesetzt] .....	165
71	g)	primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt].....	166
72	h)	Morbus Wilson .....	167
73	k)	Marfan-Syndrom .....	171
74	l)	pulmonale Hypertonie .....	175
75	n)	Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation.....	180
76			
77			
78	o)	ausgewählte seltene Lebererkrankungen.....	187
79	<b>Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen .....</b>		<b>192</b>
80			

## 81 § 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

82 (1) Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage von § 116b Absatz 4 SGB V das Nähere zur  
83 ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die durch Leistungserbringer nach § 116b  
84 Absatz 2 Satz 4 SGB V erfolgt.

85 (2) <sup>1</sup>Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen er-  
86 folgt für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2  
87 Nummer 1 Buchstaben a und b SGB V in Anlage 1.1, schwere Verlaufsformen von Erkrankun-  
88 gen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchsta-  
89 ben c bis i SGB V in Anlage 1.2, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entspre-  
90 chend geringen Fallzahlen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V in Anlage 2 und  
91 hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V in Anlage 3.

92 (3) <sup>2</sup>In den Anlagen werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behand-  
93 lungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfor-  
94 dernis geregelt. <sup>3</sup>Für die Ermittlung der in § 116b Absatz 6 Satz 9 und Absatz 8 Satz 1 und 2  
95 SGB V aufgeführten Fristen ist das Inkrafttreten der jeweiligen Beschlussfassungen zu den in  
96 den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen maßgeb-  
97 lich.

98 (4) Das Verfahren zur Ergänzung des Kataloges gemäß § 116b Absatz 5 SGB V richtet sich  
99 nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

100 (5) Soweit sich die Vorschriften in dieser Richtlinie auf Fachärztinnen und Fachärzte bezie-  
101 hen, gelten sie für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychothe-  
102 rapeuten entsprechend, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

103 (6) Die Bestimmungen der §§ 2 bis 15 gelten, soweit in den Anlagen keine abweichende  
104 Regelung getroffen ist.

## 105 § 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

106 (1) <sup>1</sup>Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der ver-  
107 tragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelas-  
108 sene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser  
109 Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte). <sup>2</sup>Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in  
110 einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln. <sup>3</sup>Soweit eine  
111 Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der personellen oder säch-  
112 lichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt ASV-Berechtigter im Sinne dieser Richtlinie der  
113 einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenstän-  
114 dig erbringt.

115 (2) <sup>1</sup>Die Leistungserbringer haben die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Vorausset-  
116 zungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten  
117 Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. <sup>2</sup>Hierzu zählt unter anderem  
118 der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Absatz 4  
119 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen An-  
120 forderungen ggf. erforderlich sind. <sup>3</sup>Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und  
121 sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 bis 4a kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem  
122 erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ihre Teilnahme an der ASV  
123 anzeigen. <sup>4</sup>Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind  
124 namentlich zu benennen. <sup>5</sup>Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch

125 eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend. <sup>6</sup>Berechtigte Leistungserbringer haben  
 126 bei der Meldung ihrer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach  
 127 § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den  
 128 Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankengesellschaft ne-  
 129 ben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung er-  
 130 streckt, die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 na-  
 131 mentlich zu benennen. <sup>7</sup>Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser  
 132 Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

133 (3) <sup>1</sup>Die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung endet durch Verzicht oder mit  
 134 dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen bzw. krankenhausrrechtlichen Zulas-  
 135 sung. <sup>2</sup>Das Ausscheiden ist dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1  
 136 SGB V anzuzeigen. <sup>3</sup>Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams nach § 3 ausscheidet, ist  
 137 dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Ab-  
 138 satz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. <sup>4</sup>Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der perso-  
 139 nellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten ein neues Mitglied  
 140 gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V zu benen-  
 141 nen. <sup>5</sup>Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicher-  
 142 zustellen. <sup>6</sup>Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen  
 143 Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V unmittelbar mit Ablauf der  
 144 sechs Monate für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams nicht mehr vor; die Anzeige ge-  
 145 genüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V hat innerhalb  
 146 von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen.

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

152 (5) <sup>1</sup>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus ist hinsichtlich der in  
 153 den Anlagen 1.1, 1.2 und 2 genannten Diagnosen zulässig, bei denen das nach § 108 SGB V  
 154 zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf. <sup>2</sup>Vertragsärztinnen und Ver-  
 155 tragsärzte dürfen nur in dem Fachgebiet bzw. Schwerpunkt in der ambulanten spezialfach-  
 156 ärztlichen Versorgung tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zuge-  
 157 lassen sind.

### 158 § 3 Personelle Anforderungen

159 (1) <sup>1</sup>Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezi-  
 160 elle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusam-  
 161 menarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. <sup>2</sup>Die interdisziplinäre Zusammenarbeit  
 162 kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

163 (2) <sup>1</sup>Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter  
 164 (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen-  
 165 den Fachärztinnen und Fachärzten. <sup>2</sup>Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche  
 166 Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und  
 167 gehört dem Kernteam an. <sup>3</sup>Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte,  
 168 deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen.  
 169 <sup>4</sup>Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu

170 festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung  
 171 anbieten. <sup>5</sup>An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Unter-  
 172 suchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von  
 173 den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen. <sup>6</sup>Der Ort der Leistungserbringung für direkt an  
 174 der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in  
 175 angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung er-  
 176 reichbar sein.

177 <sup>7</sup>Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfah-  
 178 rungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der  
 179 Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. <sup>8</sup>Ihr Tätigkeitsort für direkt an der  
 180 Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfer-  
 181 nung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

182 (3) <sup>1</sup>Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikati-  
 183 onen werden in den Anlagen geregelt. <sup>2</sup>Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwer-  
 184 punkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der  
 185 Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entspre-  
 186 chende Bezeichnung nach altem Recht führen. <sup>3</sup>In den indikationsspezifischen Anlagen kann  
 187 geregelt werden, dass neben den Fachärztinnen und Fachärzten mit spezialisierter Facharzt-  
 188 kompetenz auch Fachärztinnen und Fachärzte, denen eine entsprechende Zulassung und Ge-  
 189 nehmigung für die Leistungserbringung in dem entsprechenden Fachgebiet seitens der zu-  
 190 ständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, zur Teilnahme an der ASV berechtigt  
 191 sind.

192 (4) <sup>1</sup>Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der am-  
 193 bulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams  
 194 persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus). <sup>2</sup>Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch  
 195 Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderun-  
 196 gen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. <sup>3</sup>Dauert die  
 197 Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b  
 198 Absatz 3 Satz 1 SGB V, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der  
 199 Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. <sup>4</sup>Ärztin-  
 200 nen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter  
 201 Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur  
 202 Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbe-  
 203 zogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieent-  
 204 scheidungen nach Satz 1 dürfen sie nicht erbringen.

205 (5) <sup>1</sup>Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in  
 206 der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfü-  
 207 gen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinä-  
 208 ren Fallbesprechungen teilnehmen. <sup>2</sup>Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gilt: Die Qualitäts-  
 209 sicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-  
 210 BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt.

#### 211 § 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen

212 (1) <sup>1</sup>Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anfor-  
 213 derungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden in den Anlagen geregelt.  
 214 <sup>2</sup>Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (z. B. Intensivstation, Notfalllabor,

215 bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, kann dies auch  
 216 im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. <sup>3</sup>Sofern eine Intensivstation,  
 217 Notfalllabor oder 24-Stunden-Notfallversorgung vorzuhalten sind, müssen diese in 30-minüti-  
 218 ger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. <sup>4</sup>Der Einbezug weiterer Be-  
 219 rufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ergibt sich erkrankungs- oder  
 220 leistungsbezogen aus den Anlagen und erfolgt auf Verordnung. <sup>5</sup>Eine frühzeitige und bedarfs-  
 221 gerechte Einbindung dieser Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.

222 (2) <sup>1</sup>Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der appa-  
 223 rativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung  
 224 der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V so-  
 225 lange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen  
 226 nach § 4a ersetzt. <sup>2</sup>Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersu-  
 227 chung müssen behindertengerecht sein. <sup>3</sup>Barrierefreiheit ist anzustreben.

## 228 § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

229 (1) <sup>1</sup>In der ASV gelten für ASV-Berechtigte gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 leistungsspezifische  
 230 Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung. <sup>2</sup>Die leistungsspezifischen Qualitätsan-  
 231 forderungen sind im Anhang zu § 4a leistungsbezogen auf Grundlage der für die ASV relevan-  
 232 ten QS-Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V festgelegt und können personelle, sächli-  
 233 che und organisatorische Anforderungen umfassen. <sup>3</sup>Übergeordnete allgemeine Tatbestände  
 234 zur Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen sind in den Absätzen 3 und 4 geregelt.  
 235 <sup>4</sup>Sollte für eine Leistung eine leistungsspezifische Qualitätsanforderung noch nicht festgelegt  
 236 sein, gelten die für diese Leistung relevanten QS-Anforderungen aus den Vereinbarungen nach  
 237 § 135 Absatz 2 SGB V solange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a  
 238 aufgenommen wurde. <sup>5</sup>Leistungen mit spezifischen Qualitätsanforderungen sind nur von Ärz-  
 239 tinnen und Ärzten auszuführen, die über die jeweilige Qualifikation verfügen. § 3 Absatz 4  
 240 Satz 4 bleibt unberührt.

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

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

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

253 oder

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

256 oder

- 257 c) der ASV-Berechtigte über eine Befugnis zur Weiterbildung für eine in der jeweils be-  
 258 troffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderung im Anhang zu § 4a benannte  
 259 Facharztbezeichnung, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung verfügt und die jewei-  
 260 lige Leistung beziehungsweise Leistungen des Leistungsbereiches von dem ASV-Be-  
 261 rechtigten erbracht werden
- 262 oder
- 263 d) der ASV-Berechtigte die im leistungsspezifischen Anhang benannte Leistung in einer  
 264 Einrichtung erbringt, welche die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwer-  
 265 punkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben  
 266 von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelun-  
 267 gen) erfüllt.
- 268 (4) Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte gelten die leistungsspezifi-  
 269 schen Qualitätsanforderungen bei einer institutionellen Benennung nach § 2 Absatz 2 Satz 5  
 270 als erfüllt, wenn es sich bei der ~~benennenden~~ benannten Institution
- 271 a) um eine zugelassene Weiterbildungsstätte für ein Fachgebiet, eine Zusatz-Weiterbil-  
 272 dung oder einen Schwerpunkt handelt, das den jeweiligen Leistungsbereich oder die  
 273 jeweilige ASV-Leistung umfasst,
- 274 oder
- 275 b) um eine fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit handelt, in der der  
 276 jeweilige Leistungsbereich oder die jeweilige ASV-Leistung erbracht wird,
- 277 oder
- 278 c) um ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkre-  
 279 tisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c  
 280 Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) handelt, in dem die im leistungsspezifischen  
 281 Anhang benannte Leistung erbracht wird.
- 282 (5) Auf Leistungserbringer, die bis zum 1. März 2024 die Teilnahme an der ASV beim er-  
 283 weiterten Landesausschuss bereits angezeigt haben, finden die Regelungen nach § 4a erst im  
 284 Rahmen etwaiger Prüfungen nach § 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V Anwendung.

## 285 § 5 Behandlungsumfang

- 286 (1) <sup>1</sup>Die Behandlung in der ASV umfasst Leistungen, die für eine indikationsspezifische me-  
 287 dizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig sind; der Behandlungsum-  
 288 fang wird in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie in Nummer 2  
 289 im Behandlungsumfang bestimmt. <sup>2</sup>Die Leistungen gemäß Satz 1, die im Rahmen der ASV von  
 290 ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden in den erkrankungs- oder leistungsbezo-  
 291 genen Anlagen der Richtlinie in einem Appendix bis zu dessen Außerkrafttreten nach ~~§ 5b~~ § 5a  
 292 abschließend konkretisiert. <sup>3</sup>Das gilt ebenfalls bei späteren Anpassungen des Behandlungsum-  
 293 fanges, wobei sich der Appendix der anzupassenden Anlage auch ausschließlich auf einzelne  
 294 Leistungen beschränken kann. <sup>4</sup>Die Bestimmung des Behandlungsumfanges nach Satz 1 bleibt  
 295 vom Außerkrafttreten des Appendix unberührt. <sup>5</sup>Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustel-  
 296 len, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung  
 297 der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. <sup>6</sup>Im Rahmen  
 298 der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der

299 Krankenhäuser abweichend von den Sätzen 1 und 2 auch über die in den Anlagen aufgeführ-  
300 ten Leistungen hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zu-  
301 sammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht  
302 werden und den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertrags-  
303 ärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. <sup>7</sup>Die Behandlung soll sich an medizinisch wissen-  
304 schaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils  
305 besten verfügbaren Evidenz basieren.

306 (2) <sup>1</sup>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsum-  
307 fangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bun-  
308 desausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung  
309 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. <sup>2</sup>Für die ASV geeignete Leistungen, die nicht  
310 Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den Anlagen aufgeführt.

311 (3) <sup>1</sup>Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die  
312 Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen Versor-  
313 gung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeuti-  
314 schen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V in  
315 Papierform. <sup>2</sup>Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels  
316 die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines  
317 Medikationsplans nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu  
318 informieren. <sup>3</sup>Für die Voraussetzungen des Anspruchs der Patientin oder des Patienten auf  
319 Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des Medikationsplans, für Inhalt  
320 und Form des Medikationsplans sowie etwaige Informationspflichten der ASV-Berechtigten  
321 gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt der Patientin oder des Patienten gelten in der  
322 ASV die Vorgaben des § 29a des Bundesmantelvertrags-Ärzte in der am 1. Januar 2019 gelten-  
323 den Fassung entsprechend.

324 <sup>4</sup>Sofern bei einem ASV-Berechtigten die technischen Voraussetzungen für die Erstellung oder  
325 Aktualisierung eines Medikationsplans noch nicht vorliegen, hat der ASV- Berechtigte, abwei-  
326 chend von Satz 1 und Satz 2 die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der Er-  
327 stellung oder Aktualisierung des Medikationsplans zu informieren. <sup>5</sup>Die Information über die  
328 Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans soll auch an einen die  
329 Patientin oder den Patienten behandelnden Vertragsarzt (sofern vorhanden, den an der haus-  
330 ärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt), der die technischen Voraussetzungen er-  
331 füllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese Informationswei-  
332 tergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden Vertragsarzt.

333 (4) <sup>1</sup>In der ASV können die Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien/Tele-  
334 kommunikationswege durchgeführt sowie digitale (z. B. von der elektronischen Gesundheits-  
335 karte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sofern der ASV-  
336 Berechtigte die jeweils relevanten (technischen) Voraussetzungen erfüllt und dies aus ärztli-  
337 cher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben ver-  
338 tretbar ist. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Durchführung der Videosprechstunde, die als synchrone  
339 Kommunikation zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt  
340 und einer Patientin oder einem Patienten definiert ist. <sup>3</sup>Sie kann über die der Patientin oder  
341 dem Patienten zur Verfügung stehende Ausstattung, gegebenenfalls unter Assistenz, z. B.  
342 durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, von in der ASV  
343 tätigen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden. <sup>4</sup>Als Videosprechstunde im Rahmen dieser  
344 Richtlinie gilt auch die Kommunikation nach Absatz 4 Satz 2 und 3, die zwischen einer in der  
345 ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer pflegebedürftigen Patientin

346 oder einem pflegebedürftigen Patienten unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren  
 347 Pflegekräften, die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligt sind (z. B. in  
 348 einer Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten), durchge-  
 349 führt wird. <sup>5</sup>Ebenfalls können ärztliche Fallkonferenzen und Fallbesprechungen zur Kommuni-  
 350 kation zwischen in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten als Videofallkonferenzen im Rahmen  
 351 dieser Richtlinie durchgeführt werden. <sup>6</sup>Die maßgeblichen (technischen) Voraussetzungen die  
 352 zur Durchführung der Leistungen nach Satz 1 bis 5 notwendig sind, gelten auch in der ASV,  
 353 sofern vorhanden gelten für Krankenhäuser die maßgeblichen krankenhausspezifischen Rege-  
 354 lungen. <sup>8</sup>Sofern eine Patientin oder ein Patient Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang  
 355 mit digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur hat, gelten zudem die Sätze 4 und 5  
 356 des Absatzes 3 entsprechend. <sup>9</sup>Die ausschließliche Behandlung und Betreuung einer ASV-Pa-  
 357 tientin oder eines ASV-Patienten per Videosprechstunde durch ein ASV-Team ist ebenso nicht  
 358 zulässig wie die ausschließliche Teilnahme eines ASV-Teammitglieds an der ASV mittels Video-  
 359 sprechstunden.

360 (5) Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auch die Verordnung von erkrankungsbe-  
 361 zogenen digitalen Gesundheitsanwendungen.

### 362 ~~§ 5a Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie~~

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

365 ~~Neurochirurgie~~

366 ~~Neurologie~~

367 ~~ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut~~

368 ~~Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut~~

369 ~~Psychiatrie und Psychotherapie~~

370 ~~Psychosomatische Medizin und Psychotherapie~~

371 ~~Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie~~

372 ~~Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychothe-~~  
 373 ~~rapeut~~

374 ~~bis zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01433 (Zuschlag tele-~~  
 375 ~~fonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und 23.1)~~  
 376 ~~des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der mit Wirkung vom 1. Januar 2022 gelten-~~  
 377 ~~den Fassung des EBM. Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten spezialfachärzt-~~  
 378 ~~lichen Versorgung sind für ASV-Berechtigte der nicht in Satz 1 festgelegten Arztgruppen bis~~  
 379 ~~zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01434 (Zuschlag telefo-~~  
 380 ~~fonische Beratung durch einen Arzt) des EBM in der mit Wirkung vom 1. Januar 2022 geltenden~~  
 381 ~~Fassung.~~

### 382 ~~§ 5b~~ § 5a Außerkräfttreten der Appendizes

383 <sup>1</sup>Die Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 treten jeweils an dem Tag außer Kraft, an  
 384 dem der Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zur Bestimmung der abrechnungs-  
 385 fähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage in Kraft tritt.

386 <sup>2</sup>Soweit die Beanstandungsfrist gemäß § 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V zu dem Beschluss des er-  
 387 ergänzten Bewertungsausschusses zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Beschlusses noch nicht  
 388 abgelaufen ist, treten abweichend von Satz 1 die Appendizes jeweils an dem Tag nach Ablauf  
 389 der Prüffrist und unter der Voraussetzung außer Kraft, dass das Bundesministerium für Ge-  
 390 sundheit den jeweiligen Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nicht beanstandet  
 391 hat. <sup>3</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt den jeweiligen Tag des Außerkrafttretens im  
 392 Bundesanzeiger bekannt.

### 393 § 6 Studienteilnahme

394 <sup>1</sup>Die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V sollen geeignete Patientinnen und  
 395 Patienten über nationale und internationale klinischen Studien informieren und ihnen die Teil-  
 396 nahme ermöglichen. <sup>2</sup>Notwendig ist hierzu die Kenntnis relevanter laufender Studien, der je-  
 397 weiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patien-  
 398 tinnen und Patienten über die Studienteilnahme.

### 399 § 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

400 Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisatio-  
 401 nen erfolgen.

### 402 § 8 Überweisungen

403 <sup>1</sup>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krank-  
 404 heitsverläufen der Anlage 1.1 sowie von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit be-  
 405 sonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.2 setzt eine Überweisung durch eine Vertragsärzt-  
 406 tin bzw. einen Vertragsarzt voraus. <sup>2</sup>Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit  
 407 entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2  
 408 und 3, in welchen Fällen die spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch  
 409 den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt. <sup>3</sup>Abweichend von den Sätzen 1 und 2 besteht für  
 410 Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patientinnen und  
 411 Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berech-  
 412 tigten kein Überweisungserfordernis. <sup>4</sup>Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen  
 413 Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen. <sup>5</sup>Die  
 414 Überweisung zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten wird für die Indikation entspre-  
 415 chend § 1 Absatz 2 ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versor-  
 416 gung erfolgen soll. <sup>6</sup>Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt in-  
 417 formiert die Versicherte oder den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezi-  
 418 alfachärztliche Versorgung. <sup>7</sup>Der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte informiert  
 419 die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt und die Versicherte oder  
 420 den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztli-  
 421 chen Versorgung. <sup>8</sup>Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale  
 422 erfolgen und trägt ein eindeutiges Datum. <sup>9</sup>Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten  
 423 im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation  
 424 hierfür fortbesteht. <sup>10</sup>Näheres wird in den Anlagen geregelt. <sup>11</sup>Zum Zeitpunkt der Überweisung  
 425 an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vor-  
 426 liegen. <sup>12</sup>Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, begründet auch eine  
 427 Verdachtsdiagnose die Überweisung. <sup>13</sup>In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der  
 428 Anlagen 1.1 und 1.2 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen  
 429 ausreichen.

## 430 § 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung

431 <sup>1</sup>Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbrin-  
 432 gung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus teilstationär oder stationär erfol-  
 433 gen. <sup>2</sup>Die zu § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung beschlos-  
 434 senen G-AEP-Kriterien gelten entsprechend.

## 435 § 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

436 (1) <sup>1</sup>Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung  
 437 von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 ist der Ab-  
 438 schluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt. <sup>2</sup>Für die  
 439 ASV-Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach An-  
 440 lage 1.1 ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich.<sup>3</sup>Dies  
 441 ist unabhängig von der Teamebene. <sup>4</sup>Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegan-  
 442 gen werden. <sup>5</sup>Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen  
 443 Kooperation in diesem Versorgungsbereich. <sup>6</sup>Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfül-  
 444 lung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß § 3 und 4 die-  
 445 ser Richtlinie sind hiervon unberührt.

446 (2) Dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ist eine vertrag-  
 447 liche Vereinbarung über die ASV-Kooperation nach Absatz 1 vorzulegen, es sei denn, eine sol-  
 448 che Kooperation kommt nach § 116b Absatz 4 Satz 11 SGB V nicht zustande.

449 (3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- 450 a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Ver-  
 451 sorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und  
 452 Therapie;
- 453 b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter  
 454 Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- 455 c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte  
 456 Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbeson-  
 457 dere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hin-  
 458 blick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen,  
 459 die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse ent-  
 460 halten.

## 461 § 11 Mindestmengen

462 Das Nähere zu Mindestmengen ist in den Anlagen zu regeln.

## 463 § 12 Qualitätssicherung

464 <sup>1</sup>Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche  
 465 Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. <sup>2</sup>Die Qualitätssi-  
 466 cherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-  
 467 BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt. <sup>3</sup>Zusätzlich gel-  
 468 ten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungs-  
 469 übergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich ei-  
 470 nerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein

471 einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a in Verbindung mit § 136 SGB V für  
472 die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

### 473 **§ 13 Evaluation**

474 <sup>1</sup>Die Ergebnisse der Bewertung der Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Ver-  
475 sorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach  
476 § 116b Absatz 9 SGB V sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen. <sup>2</sup>Spätestens  
477 zwei Jahre nach dem Inkrafttreten einer Anlage zu Erkrankungen mit besonderen Krankheits-  
478 verläufen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame  
479 Bundesausschuss die Auswirkungen des jeweiligen Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inan-  
480 spruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie  
481 die Erforderlichkeit einer Anpassung des jeweiligen Beschlusses. <sup>3</sup>Über das Ergebnis der Prü-  
482 fung berichtet der G-BA dem Bundesministerium für Gesundheit.

### 483 **§ 14 Dokumentation**

484 <sup>1</sup>Der Umfang der sektorenübergreifend einheitlichen Dokumentationspflichten im Hinblick  
485 auf die einzelnen Erkrankungen und der Prozeduren ergibt sich aus den konkretisierenden  
486 Anlagen. <sup>2</sup>Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und  
487 zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. <sup>3</sup>Dies gilt auch für die Leistun-  
488 gen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1. <sup>4</sup>Die Doku-  
489 mentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermög-  
490 lichen. <sup>5</sup>Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine  
491 Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtli-  
492 chen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen  
493 und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.

### 494 **§ 15 Patienteninformation**

495 <sup>1</sup>Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärzt-  
496 lichen Versorgung verständliche allgemeine Erläuterungen über diese Versorgungsform sowie  
497 eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre  
498 Team und sein Leistungsspektrum. <sup>2</sup>Die Information der Patientin bzw. des Patienten ist zu  
499 dokumentieren. <sup>3</sup>Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV ist den Patientinnen bzw.  
500 Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere  
501 Vorgehen zur Verfügung zu stellen. <sup>4</sup>Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kern-  
502 team-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens folgende  
503 Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich An-  
504 gaben zu Diagnosen, Therapieansätzen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung,  
505 Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimit-  
506 teltherapie entsprechend § 115c SGB V.

### 507 **§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung**

508 Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nimmt die durch die jährliche  
509 Aktualisierung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwand-  
510 ter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinpro-

511 dukte erforderlichen ICD-10-GM-Anpassungen in den Anlagen der Richtlinie vor, soweit ge-  
512 mäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschus-  
513 ses der Kerngehalt der Richtlinie nicht berührt wird.  
514

515 **Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen**516 **Anwendungsbereich**

517 Die Regelungen in diesem Anhang dienen der Festlegung leistungsspezifischer Qualitätsanfor-  
518 derungen in der ASV für die Anzeige gemäß § 4a Absatz 3 Buchstabe a.

519 **1. Langzeit-EKG**

520 Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach  
521 § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten langzeitelektrokardiographi-  
522 schen Leistungen (im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden GOP  
523 03241, 03322, 04241, 04322, 13252, 13253, 27322, 27323).

524 **Anforderungen an die fachliche Befähigung:**

- 525 - Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin, oder
- 526 - Facharztbezeichnung im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeich-  
527 nung Kinder- und Jugend-Kardiologie, oder
- 528 - Facharztbezeichnung und selbstständige Durchführung von mindestens 100 kontinu-  
529 ierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen und Erbringung des Langzeit-  
530 EKG in einer Organisationseinheit für Innere Medizin, für Kardiologie, für Kinder- und  
531 Jugendmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Ju-  
532 gend-Kardiologie

533 **2. Strahlendiagnostik und -therapie**

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

537 **Anforderungen an die fachliche Befähigung:**538 **a) Für die allgemeine Röntgendiagnostik:**

- 539 - Facharztbezeichnung Radiologie, oder
- 540 - ~~Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiag-~~  
541 ~~nostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der~~  
542 ~~Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst~~
- 543 - ~~Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung,~~  
544 ~~die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachge-~~  
545 ~~bietsspezifischen Röntgendiagnostik fordert~~
- 546 oder
- 547 ~~Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fer-~~  
548 ~~tigkeiten in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik unter der Leitung zur Wei-~~  
549 ~~terbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte~~
- 550 und
- 551 Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit
- 552 oder

553 Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 des Strahlenschutzgesetzes oder Mittei-  
 554 lung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 des Strah-  
 555 lenschutzgesetzes.

556 **b) Für die Computertomographie:**

- 557 - Facharztbezeichnung Radiologie oder
- 558 - Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung,  
 559 die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweili-  
 560 gen computertomographischen Diagnostik fordert
- 561 oder

562 Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fer-  
 563 tigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik unter der Leitung zur  
 564 Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte

565 **c) Für die Knochendichtemessung:**

- 566 - Facharztbezeichnung Radiologie, oder
- 567 ~~— Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in einem Fachgebiet nach der Weiterbildungs-~~  
 568 ~~ordnung oder Facharztbezeichnung mit Fortbildung zum Erwerb von Kompetenzen in~~  
 569 ~~der Durchführung von Knochendichtemessungen und Erbringung der Leistung in einer~~  
 570 ~~radiologischen Organisationseinheit oder Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nr. 4 Strah-~~  
 571 ~~lenschutzgesetz oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige~~  
 572 ~~nach § 19 Absatz 1 Strahlenschutzgesetz.~~
- 573 - Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung,  
 574 die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachge-  
 575 bietsspezifischen Knochendichtemessung fordert
- 576 oder

577 Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fer-  
 578 tigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik unter der Leitung zur  
 579 Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte

580 und Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit oder Geneh-  
 581 migung nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 des Strahlenschutzgesetzes oder Mitteilung der  
 582 zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 des Strahlenschutz-  
 583 gesetzes.

584 **d) Für die Strahlentherapie:**

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

588 **e) Für die Nuklearmedizin:**

- 589 - Facharztbezeichnung Nuklearmedizin

590 **3. Koloskopie**

591 Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach  
 592 § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten koloskopischen Leistungen

593 (im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden GOP 04514, 04518, 04520,  
594 13421, 13422, 13423 und 13424).

595 **a) Anforderungen an die fachliche Befähigung:**

- 596 - Facharztbezeichnung Innere Medizin und Gastroenterologie, oder
- 597 - Facharztbezeichnung Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie und Berechtigung zur  
598 Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht
- 599 - und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchfüh-  
600 rung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien inner-  
601 halb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme bei den erweiterten Landesausschüs-  
602 sen
- 603 oder
- 604 - Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendchirurgie und Berechtigung zur Durchführung  
605 von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht, oder
- 606 - Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit ~~der Zusatz-Weiterbildung~~  
607 **Schwerpunkt** Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder mit einer zusätzlich zu den  
608 Weiterbildungszeiten abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer  
609 weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder- und Jugend-Gastro-  
610 enterologie
- 611 - und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchfüh-  
612 rung und Bewertung der Befunde von 100 Koloskopien innerhalb von zwei Jahren vor  
613 Anzeige der Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss.

614 **b) Anforderungen an die Hygienequalität:**

615 Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden  
616 regelmäßige, geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung  
617 der Endoskope durchgeführt. Diese erfolgen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt  
618 für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder eine Fachärztin bezie-  
619 hungsweise einen Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin oder eine Fachärztin be-  
620 ziehungsweise einen Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene.

621 **4. Kernspintomographie**

622 Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung  
623 nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der Kernspintomographie der Abschnitte 34.4.1 bis  
624 34.4.6 des EBM.

625 **Anforderungen an die fachliche Befähigung:**

626 **Für die allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma:**

- 627 - Facharztbezeichnung Radiologie oder
- 628 - Facharzt-, Schwerpunkt-, oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung,  
629 die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachge-  
630 bietsspezifischen kernspintomographischen Diagnostik fordert und mind. 24-monatige  
631 ganztägige Tätigkeit (Teilzeittätigkeit wird entsprechend angerechnet) in der kernspin-  
632 tomographischen Diagnostik. Darauf kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diag-  
633 nostik angerechnet werden. Die Anforderung kann bereits Teil der geforderten Fach-  
634 arzt-, Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung sein.

635 Für die Kernspintomographie der Mamma zusätzlich:

- 636 - Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der
- 637 Röntgenmammographie (GOP 34270) und der Mammasonographie (GOP 33041) gem.
- 638 § 4a Abs. 3 oder 4 und
- 639 - jeweils selbstständige oder unter Anleitung erfolgte Durchführung und Befundung
- 640 kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten
- 641 mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden.

642 **5. Ultraschall**

643 Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung  
644 nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der Ultraschalldiagnostik des Kapitel 33 des EBM.

645 **Anforderungen an die fachliche Befähigung:**

646 **a. Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung**

- 647 - Facharztbezeichnung, die zur Durchführung von Leistungen der Ultraschall-
- 648 diagnostik im jeweiligen Anwendungsbereich gemäß Weiterbildungsord-
- 649 nung berechtigt

650 **b. Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit**

- 651 - Mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tä-
- 652 tigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwen-
- 653 dungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst
- 654 und
- 655 - Selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anlei-
- 656 tung durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt

657 oder

658 **c. Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse**

- 659 - Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an Ultraschallkursen (Grundkurs,
- 660 Aufbaukurs und Abschlusskurs) im jeweiligen Anwendungsbereich unter
- 661 Anleitung einer qualifizierten Ärztin oder eines qualifizierten Arztes und
- 662 - Selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anlei-
- 663 tung durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt

664 **6. Kurative Mammographie**

665 Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung  
666 nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen gemäß GOP  
667 34270 und 34272.

668 **a) Anforderungen an die fachliche Befähigung**

- 669 - Facharztbezeichnung Radiologie oder

<b>KBV, GKV-SV</b>	<b>DKG</b>
- Facharztbezeichnung Frauenheil- kunde und Geburtshilfe mit der Zu- satzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma	- Facharztbezeichnung Frauenheil- kunde und Geburtshilfe

670 und

- 671 - Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mindestens 500 Patientin-  
672 nen,  
673 - Selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mindestens 500 Fäl-  
674 len,  
675 - Persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen.  
676 Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Fach-  
677 arztweiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.

**GKV-SV**

und

- Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung bei einer Kassenärztlichen Vereinigung. Die Voraussetzung gilt als erfüllt, sofern der Arzt erfolgreich an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen gemäß Anhang 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä teilgenommen hat.

**[Alternativer Formulierungsvorschlag]**

und

Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung.

Die Fallsammlung muss die folgenden Anforderungen erfüllen:

- Eine Fallsammlung besteht aus 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils 2 Ebenen). Bei den pathologischen Befunden in den Mammographieaufnahmen soll es sich um radiologisch kleine bösartige oder gutartige Veränderungen handeln, bei denen zum Zeitpunkt der Erstellung keine klinischen Symptome im Bereich der Mamma (z. B. Tastbefund, Beschwerden) bestanden haben. Mammographieaufnahmen von Patientinnen, bei denen klinische Symptome vorlagen, dürfen nur ausnahmsweise enthalten sein.
- Die Fallsammlung muss 21 bis 29 Karzinome oder deren Vorstufen enthalten. Bei 1 bis höchstens 3 Fällen müssen die bösartigen Veränderungen beidseitig sein. In den übrigen Fällen (ohne Karzinomverdacht) müssen mindestens 3 Fälle mit gutartigen Veränderungen enthalten sein (die Veränderung weist typische benigne Merkmale auf).
- Die radiologisch auffälligen Befunde müssen histologisch als Malignome gesichert sein. Bei gutartigen Befunden muss vor Aufnahme in die Fallsammlung eine weitere Mammographie ca. 2 Jahre nach der Erstuntersuchung durchgeführt worden sein, welche keine malignen Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsbefund aufgewiesen hat. Sowohl bei den bösartigen als auch bei den gutartigen Veränderungen müssen in der Mammographieaufnahme typische radiologische Merkmale auf die jeweilige Erkrankung hindeuten. Die bösartigen und gutartigen Veränderungen müssen in beiden Ebenen erkennbar sein, die typischen radiologischen Merkmale mindestens in einer Ebene.
- Die Röntgenbilder der Fallsammlung sind digital erstellt und müssen technisch einwandfrei sein. Sie dürfen im Hinblick auf die Zuordnung

**DKG, KBV**

[keine Aufnahme]

<p>nach unauffällig bzw. Verdacht auf gutartige Veränderung oder Verdacht auf bösartige Veränderung keine unklaren Befunde, insbesondere keine Befunde mit „wahrscheinlich gutartiger Läsion“ beinhalten. Die Röntgenbilder der Fallsammlung werden am Bildwiedergabegerät einer Prüfstation beurteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Beurteilung kann bei einer Kassenärztlichen Vereinigung anhand einer Fallsammlung, welche von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellt wird, erfolgen.</li> <li>- Die Teilnahme an der Beurteilung der Fallsammlung war erfolgreich, wenn die Sensitivität und die Spezifität jeweils mindestens 90 % betragen hat.</li> </ul> <p>Die Voraussetzung gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt erfolgreich an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen gemäß Anhang 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä teilgenommen hat.</p>	
--	--

678

### b) Anforderungen an die apparative Ausstattung

<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Die in den Mammographieeinrichtungen zum Einsatz kommenden Geräte entsprechen den Anforderungen gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie</p> <p><i>[Kompromissvorschlag]</i></p> <p>Die in den Mammographieeinrichtungen zum Einsatz kommenden Geräte müssen mit digitalen Bildempfängern ausgestattet sein.</p>	<p><b>DKG, KBV</b></p> <p><i>[prüfen]</i></p>
--	---

679

## 7. Vakuumbiopsie der Brust

680 Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung  
 681 nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen gemäß GOP  
 682 34274.

683

### a) Anforderungen an die fachliche Befähigung

- 684 - Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der  
 685 Röntgenmammographie (GOP 34270) und der Mammasonographie (GOP 33041) gem.  
 686 § 4a Abs. 3 oder 4 und
- 687 - selbständige Indikationsstellung und Durchführung von
- 688 - 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von
  - 689 - 25 Vakuumbiopsien
- 690 unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung
- 691 Die Anleitung erfolgt in einer Einrichtung, in der regelmäßig Stanzbiopsien unter Ultra-  
 692 schallkontrolle und Vakuumbiopsien durchgeführt werden.

693

### b) Anforderungen an die apparative Ausstattung

- 694 - Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert,
- 695
- 696 - technikgestützte Nadelführung,
- 697 - Vakuumbiopsiesystem,
- 698 - Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikro-
- 699 clips.
- 700 - Des Weiteren sind vorzuhalten:
- 701 - Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung,
- 702 - Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manuellen
- 703 Beatmung.
- 704

705 **Anlage 1.1** **Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen**

706 a) **onkologische Erkrankungen**707 **Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle**708 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

709 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 710 ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauch-  
 711 höhle, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie  
 712 eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die  
 713 einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder  
 714 Ausstattung bedarf.

715 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der  
 716 Bauchhöhle im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrän-  
 717 kungen:

- 718 C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus
- 719 C16.- Bösartige Neubildung des Magens
- 720 C17.- Bösartige Neubildung des Dünndarmes
- 721 C18.- Bösartige Neubildung des Kolons
- 722 C19→ Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
- 723 C20→ Bösartige Neubildung des Rektums
- 724 C21.- Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
- 725 C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
- 726 C23→ Bösartige Neubildung der Gallenblase
- 727 C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
- 728 C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas
- 729 C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
- 730 C26.1 Bösartige Neubildung: Milz
- 731 C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- 732 C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
- 733 C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:  
 734 Periphere Nerven des Abdomens
- 735 C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:  
 736 Periphere Nerven des Beckens
- 737 C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:  
 738 Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

739	C48.1	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
740		
741	C48.2	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
742		
743	C48.8	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
744		
745	C49.4	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
746		
747	C49.5	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
748		
749	C49.8	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
750		
751	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
752	C74.-	Bösartige Neubildung der Nebenniere
753	C75.0	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse
754		
755	C75.8	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
756		
757	C76.2	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
758	C76.3	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
759	C76.8	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
760		
761	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

PatV

Q85.8 Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (Peutz-Jeghers-Syndrom)

GKV-SV, DKG, KBV

*[derzeit keine Prüfung möglich]*

## 762 2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

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

### 764 Diagnostik

- 765 - Anamnese
- 766 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 767
- 768 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 769 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 770 - Diagnostik von Helicobacter pylori
- 771 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, ERCP, Laryngoskopie, Bronchoskopie)
- 772
- 773
- 774 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten

- 775 - Humangenetische Untersuchungen
- 776 - Körperliche Untersuchung
- 777 - Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegel)
- 779 - Punktionen, Biopsien
- 780 - Spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- 781 - Tumorstaging

784 **Behandlung**

- 785 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 786 - Anlage Blasenkatheter
- 787 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 788 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 789 - Behandlung in Notfallsituationen
- 790 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 791 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 792 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- 793 - Einleitung der Rehabilitation
- 794 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 795 - Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 796 - Lasertherapeutische Verfahren (Ösophagus-CA)
- 797 - Medikamentöse Tumorthérapien inklusive Infusionstherapie
- 798 - Mukosektomie
- 799 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 800 - Perkutane Gastrostomie
- 801 - Physikalische Therapie
- 802 - Schmerztherapie
- 803 - Sexualberatung und Familienplanung
- 804 - Strahlentherapie
- 805 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 806 - Therapie der Stuhlinkontinenz
- 807 - Transfusionen
- 808 - Tumorkonferenzen
- 809 - Wundversorgung

813 **Beratung**

- 814 - zu Diagnostik und Behandlung
- 815 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 816 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 817 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 818 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)

- 820 - zu Rehabilitationsangeboten
- 821 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 822 - zur Ernährung

823 Weitere spezifische Leistungen:

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kapselendoskopie des Dünndarms bei Peutz-Jeghers-Syndrom</li> <li>- Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)</li> </ul>	<i>[derzeit keine Prüfung möglich]</i>

- 824 - PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
- 825 - Bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren, Tumoren der Bauch-
- 826 höhle, gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder gastrointestinalen Stroma-
- 827 tumoren
- 828 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokalthherapie (Strahlentherapie oder Ope-
- 829 ration) sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von Abdomen
- 830 und/oder Thorax abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wur-
- 831 den.
- 832 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik
- 833 (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden
- 834 kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokalthherapie empfohlen wird.
- 835 - Bei Patientinnen und Patienten mit resektablen Leber- oder Lungenmetastasen eines
- 836 kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Operation
- 837 - PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Lig-
- 838 anden oder Jod-124 bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
- 839 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
- 840 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,
- 841 zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymph-
- 842 knotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsenge-
- 843 webe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.
- 844 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei Patientinnen und Pa-
- 845 tienten mit gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder Tumoren der Bauchhöhle
- 846 - zur Ausbreitungsdiagnostik
- 847 - zur Rezidivdiagnostik bei begründetem Verdacht auf ein Rezidiv beziehungsweise eine
- 848 Progression der Erkrankung
- 849 - zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- 850 - zur einmaligen Kontrolle des Therapieerfolges drei bis sechs Monate nach PRRT (Pep-
- 851 tid-Radio-Rezeptor-Therapie)
- 852 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit gast-
- 853 rointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter tumorspezifi-
- 854 scher Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinba-
- 855 rung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- 856 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse  
 857 Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkolo-  
 858 gie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 859 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-  
 860 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlenthe-  
 861 rapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung  
 862 eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der  
 863 Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versor-  
 864 gung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 865 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-  
 866 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlenthe-  
 867 rapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des  
 868 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B.  
 869 Hospize, SAPV)
- 870 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der  
 871 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

872 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
 873 nere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungser-  
 874 bringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte  
 875 [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können im Rahmen des de-  
 876 finierten Behandlungsumfangs die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung  
 877 und Genehmigung vorliegt.

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

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

### 885 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### 886 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

##### 889 **a) Teamleitung**

- 890 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 891 - Strahlentherapie
- 892 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 893 - Allgemeinchirurgie oder
- 894 - Viszeralchirurgie
- 895 - bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom auch Hals-Nasen-Ohren-  
 896 heilkunde oder Nuklearmedizin oder bei anderen endokrinologischen Tumoren auch:  
 897 Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

##### 898 **b) Kernteam**

- 899 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 900 - Strahlentherapie
- 901 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 902 - Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie
- 903 - bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom zusätzlich auch Hals-Na-
- 904 sen-Ohrenheilkunde und Nuklearmedizin und Innere Medizin und Endokrinologie und
- 905 Diabetologie
- 906 - bei anderen endokrinologischen Tumoren zusätzlich auch: Innere Medizin und Endo-
- 907 krinologie und Diabetologie

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

914 Berechtigt zur Teilnahme sind des Weiteren neben den Fachärztinnen und Fachärzten für  
 915 Innere Medizin und Gastroenterologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Me-  
 916 dizin, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung  
 917 für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztli-  
 918 chen Vereinigung erteilt wurde.

919 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 920 - Anästhesiologie
- 921 - Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- 922 - Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- 923 - Innere Medizin und Kardiologie
- 924 - Neurologie
- 925 - Humangenetik
- 926 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 927 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
- 928 Ärztlicher Psychotherapeut [oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut](#)
- 929 [für Erwachsene](#)
- 930 - Innere Medizin und Nephrologie
- 931 - Laboratoriumsmedizin
- 932 - Radiologie
- 933 - Pathologie
- 934 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe und
- 935 - Urologie

936 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
 937 bildung Palliativmedizin verfügen.

938 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

- 940 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 941 richtungen besteht:

- 942 – soziale Dienste wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit  
 943 sozialen Beratungsangeboten  
 944 – Physiotherapie  
 945 – ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit be-  
 946 sonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patien-  
 947 ten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)  
 948 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung  
 949 – Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbe-  
 950 züglicher Erfahrung
- 951 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 952 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 953 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 954 – Innere Medizin und Gastroenterologie  
 955 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
 956 – Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie, alternativ bei Schilddrüsenkarzi-  
 957 nom oder Nebenschilddrüsenkarzinom: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 958 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.  
 959
- 960 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich aner-  
 961 kannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Re-  
 962 gelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entspre-  
 963 chende Erfahrung vorzuweisen.
- 964 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit  
 965 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-  
 966 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied  
 967 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdiszi-  
 968 plinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen  
 969 hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilneh-  
 970 mer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentie-  
 971 ren.
- 972 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesent-  
 973 lichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen  
 974 ist,
- 975 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 976 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und  
 977 transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochen-  
 978 ende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 979 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkei-  
 980 ten- und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 981 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötig-  
 982 ten Wirkstoffe erfolgt,

- 983 j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen  
 984 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Aus-  
 985 schluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehal-  
 986 ten werden,
- 987 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen  
 988 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur  
 989 Verfügung steht,
- 990 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 991 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
 992 nen und Patienten bereitgehalten werden,
- 993 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 994 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 995 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
 996 mationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-  
 997 Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur  
 998 Verfügung gestellt wird,
- 999 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend  
 1000 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

### 1001 3.3 Dokumentation

1002 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
 1003 sesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich  
 1004 des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 1005 3.4 Mindestmengen

1006 Das Kernteam muss mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkre-  
 1007 tisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behan-  
 1008 deln.

1009 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 1010 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 1011 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 1012 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 1013 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

1014 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als  
 1015 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1016 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
 1017 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit  
 1018 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter  
 1019 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt wer-  
 1020 den, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung  
 1021 nachweisen oder

1022 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
 1023 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Ne-  
 1024 oplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die

1025 mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder in-  
1026 trakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

1027 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
1028 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
1029 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
1030 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
1031 anzuziehen.

1032 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

1033 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
1034 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
1035 tinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ers-  
1036 ten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

#### 1037 **4 Überweisungserfordernis**

1038 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
1039 handelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und  
1040 möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben  
1041 sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten  
1042 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet täti-  
1043 gen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungs-  
1044 erfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Ab-  
1045 satz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

#### 1046 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz** 1047 **1 Satz 3 der Richtlinie**

##### 1048 **Präambel**

1049 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
1050 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
1051 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
1052 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
1053 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
1054 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren  
1055 der Bauchhöhle dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkre-  
1056 tisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu  
1057 den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen  
1058 des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser  
1059 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

1060 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
1061 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
1062 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
1063 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
1064 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
1065 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
1066 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
1067 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~

- 1068 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
1069 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 1070 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
1071 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 1072 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
1073 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
1074 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 1075 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
1076 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
1077 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.
- 1078 [Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ gemäß § 5 Absatz 1](#)  
1079 [Satz 3 ASV-RL](#) \*  
1080

---

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

1081 **Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

1082 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

1083 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 1084 ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, bei denen entweder als  
 1085 Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie  
 1086 und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, einschließlich endokriner  
 1087 Therapien im metastasierten Stadium (M1), die einer interdisziplinären oder komplexen Ver-  
 1088 sorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

1089 Nicht umfasst sind eine adjuvante endokrine Therapie und die Gabe von Bisphosphonaten,  
 1090 sofern nicht andere tumorgerichtete Behandlungen parallel verabreicht werden.

1091 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren im Sinne der Richt-  
 1092 linie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1093 **1.1 Mammakarzinom**

- 1094 C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
- 1095 C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
- 1096 C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
- 1097 C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
- 1098 C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- 1099 C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- 1100 C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
- 1101 C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
- 1102 C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
- 1103 D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

1104 **1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren**

- 1105 C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
- 1106 C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere  
 1107 Teilbereiche überlappend
- 1108 C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- 1109 C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbe-  
 1110 reiche überlappend
- 1111 C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
- 1112 C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
- 1113 C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
- 1114 C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
- 1115 C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
- 1116 C52 Bösartige Neubildung der Vagina

- 1117 C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix
- 1118 C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix
- 1119 C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- 1120 C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
- 1121 C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
- 1122 C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium
- 1123 C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium
- 1124 C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri
- 1125 C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- 1126 C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
- 1127 C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
- 1128 C56 Bösartige Neubildung des Ovars
- 1129 C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
- 1130 C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
- 1131 C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
- 1132 C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium
- 1133 C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
- 1134 C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
- 1135 C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
- 1136 C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
- 1137 C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- 1138 C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere  
1139 Teilbereiche überlappend
- 1140 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

## 1141 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1142 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

### 1143 **Diagnostik**

- 1144 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echo-
- 1145 kardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 1146 - Anamnese
- 1147 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfah-
- 1148 ren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 1149 - Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- 1150 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 1151 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 1152 - Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstrak-
- 1153 tes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Sten-
- 1154 timplantationen)

- 1155 - Genexpressionsanalyse
- 1156 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 1157 - Humangenetische Untersuchungen
- 1158 - Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-  
1159 rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- 1160 - Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Unter-  
1161 suchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestim-  
1162 mung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- 1163 - Punktionen, Biopsie
- 1164 - Tumorstaging

#### 1165 **Behandlung**

- 1166 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 1167 - Anlage Blasenkatheter
- 1168 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 1169 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen  
1170 Eingriffen
- 1171 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1172 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1173 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-  
1174 ten Behandlungsfolgen
- 1175 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kon-  
1176 trolle
- 1177 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- 1178 - Einleitung einer Rehabilitation
- 1179 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 1180 - Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 1181 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 1182 - Perkutane Gastrostomie
- 1183 - Physikalische Therapie
- 1184 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1185 - Schmerztherapie
- 1186 - Strahlentherapie
- 1187 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 1188 - Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 1189 - Transfusionen
- 1190 - Wundversorgung

#### 1191 **Beratung**

- 1192 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1193 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1194 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1195 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1196 - zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten  
1197 (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- 1198 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1199 - zu Sexualität und Familienplanung
- 1200 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

- 1201 - zur Ernährung
- 1202 Weitere spezifische Leistungen:
- 1203 - MRT-Untersuchung der Mamma bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumor-
- 1204 konferenz
- 1205 - bei hoher Dichte des Drüsenkörpers und/oder bei eingeschränkter Beurteilbarkeit der
- 1206 Befunde in Mammographie und Ultraschall, wenn eine Biopsie (z.B. wegen ausgepräg-
- 1207 ter Vernarbungen, multipler Befunde oder extremer Lokalisation) problematisch ist
- 1208 - bei invasiv lobulärem Karzinom
- 1209 um die Invasivität und Ausdehnung einer erforderlichen Operation zu planen
- 1210 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 1211 Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entspre-
- 1212 chend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-
- 1213 Ärzte))
- 1214 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 1215 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkolo-
- 1216 gie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1217 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-
- 1218 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-
- 1219 rapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere
- 1220 für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments
- 1221 (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die ver-
- 1222 tragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 1223 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-
- 1224 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-
- 1225 rapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere
- 1226 für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere
- 1227 Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 1228 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
- 1229 Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detek-
- 1230 tion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die
- 1231 mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszinti-
- 1232 graphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen kon-
- 1233 kreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfol-
- 1234 gende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität er-
- 1235 wartet werden kann.

PatV	GKV-SV, DKG, KBV
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsi-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><del>Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsi-</del>  <del>cherheit besteht und bei der Patien-</del></li> </ul>

<p>cherheit besteht und bei der Patientin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ER positiv und</li> <li>- Her2 negativ und</li> <li>- Alter &gt; 35 Jahre und</li> <li>- N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>- G1 oder G2 oder</li> <li>- Ki-67 &gt; 10 % ≤ 30 %</li> </ul> </li> </ul> <p>aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G3 oder Ki-67 &gt; 30 %.</li> </ul>	<p><del>tin bzw. dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>— ER positiv und</del></li> <li><del>— Her2 negativ und</del></li> <li><del>— Alter &gt; 35 Jahre und</del></li> <li><del>— N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien:</del> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>— G1 oder G2 oder</del></li> <li><del>— Ki-67 &gt; 10 % ≤ 30 %</del></li> </ul> </li> </ul> <p><del>aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>- G3 oder Ki-67 &gt; 30 %.</del></li> </ul>
--	--

- 1236 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
1237 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

1238 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
1239 nere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen  
1240 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der  
1241 Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt  
1242 wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Leistungen erbringen,  
1243 für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

1244 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
1245 beachten.

### 1246 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### 1247 **3.1 Personelle Anforderungen**

1248 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt durch  
1249 ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

##### 1250 **a) Teamleitung**

- 1251 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- 1252 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 1253 - Strahlentherapie

##### 1254 **b) Kernteam**

- 1255 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- 1256 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1257 - Strahlentherapie

1258 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
1259 und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheil-  
1260 kunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und  
1261 Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem

1262 Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie , denen bis zum 31. De-  
 1263 zember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkolo-  
 1264 gievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kas-  
 1265 senärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1266 Berechtig zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
 1267 und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheil-  
 1268 kunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und  
 1269 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamen-  
 1270 töse Tumorthherapie, die folgende operative Eingriffe nachweisen:

1271 1. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, z. B. Debulking-OP,  
 1272 Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exentera-  
 1273 tion,

1274 2. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma,

1275 3. 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im Zusam-  
 1276 menhang mit onkologischen Behandlungen.

1277 Der Nachweis nach Nummer 1 ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen  
 1278 und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 behandeln.

1279 Der Nachweis nach Nummer 2 ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen  
 1280 und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln.

**DKG, KBV**

Sofern die personellen Anforderungen an das Kernteam erfüllt sind, können zusätzlich Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie benannt werden.

**GKV-SV, PatV**

[keine Aufnahme]

1281 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

1282 - Anästhesiologie

1283 - Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie

1284 - Humangenetik

1285 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

1286 - Innere Medizin und Gastroenterologie

1287 - Innere Medizin und Kardiologie

1288 - Innere Medizin und Nephrologie

1289 - Laboratoriumsmedizin

1290 - Neurologie

1291 - Nuklearmedizin

1292 - Pathologie

1293 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 1294 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 1295 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
 1296 für Erwachsene

1297 - Radiologie

1298 - Urologie

1299 - Viszeralchirurgie

1300 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
1301 bildung Palliativmedizin verfügen.

### 1302 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

1303 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

1304 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
1305 richtungen besteht:

- 1306 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit be-  
1307 sonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patien-  
1308 ten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 1309 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 1310 – Physiotherapie
- 1311 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
1312 mit sozialen Beratungsangeboten
- 1313 – Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbe-  
1314 züglicher Erfahrung

1315 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

1316 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
1317 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- 1318 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1319 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onko-  
1320 logie

1321 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.  
1322

1323 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich aner-  
1324 kannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Re-  
1325 gelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entspre-  
1326 chende Erfahrung vorzuweisen.

1327 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit  
1328 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-  
1329 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied  
1330 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdiszi-  
1331 plinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen  
1332 hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilneh-  
1333 mer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentie-  
1334 ren.

1335 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesent-  
1336 lichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen  
1337 ist,

1338 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

1339 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und  
1340 transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung  
1341 am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

- 1342 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,  
1343
- 1344 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,  
1345
- 1346 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,  
1347  
1348  
1349
- 1350 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,  
1351  
1352
- 1353 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,  
1354  
1355
- 1356 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,  
1357
- 1358 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,  
1359
- 1358 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,  
1359  
1360  
1361
- 1362 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,  
1363
- 1364 q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind:  
1365
- 1366 – die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,  
1367  
1368
  - 1369 – die Patientin und der Patient ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären,  
1370  
1371  
1372  
1373
  - 1374 – eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin und dem Patienten ist ausgeschlossen.  
1375  
1376

### 1377 3.3 Dokumentation

1378 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die  
1379  
1380  
1380 veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

1381 **3.4 Mindestmengen**

1382 Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom  
1383 mindestens 250 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genann-  
1384 ten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

1385 Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren muss ein  
1386 Kernteam mindestens 60 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkolo-  
1387 gische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

1388 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
1389 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
1390 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
1391 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
1392 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

1393 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als  
1394 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1395 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
1396 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit  
1397 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter  
1398 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt wer-  
1399 den, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nach-  
1400 weisen oder

1401 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
1402 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neo-  
1403 plasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit  
1404 antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavi-  
1405 tärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

1406 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
1407 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
1408 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
1409 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
1410 anzuziehen.

1411 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

1412 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
1413 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
1414 tinnen und Patienten behandelt worden sein.

1415 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
1416 50 Prozent unterschritten werden.

1417 **4 Überweisungserfordernis**

1418 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
1419 handelnden Vertragsarzt.

1420 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
1421 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

1422 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
 1423 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
 1424 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
 1425 dernis.

1426 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V  
 1427 muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

1428 **5 Sonderregelung für Subspezialisierung**

1429 Eine ASV-Berechtigung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzi-  
 1430 nom und anderen gynäkologischen Tumoren setzt die vollständige Erfüllung der in der An-  
 1431 lage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen vo-  
 1432 raus.

1433 Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

1434 a) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Num-  
 1435 mer 1.1 behandeln, die in Nummer 5.1 genannten Anforderungen, oder

1436 b) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Diagnosen entsprechend Nummer 1.2  
 1437 behandeln, die in Nummer 5.2 genannten Anforderungen.

1438 Die vollständige Erfüllung der übrigen Anforderungen dieser Anlage ist jeweils beim zuständi-  
 1439 gen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und nachzuweisen.

1440 **5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom**

1441 Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 1442 Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Nummer 1.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1  
 1443 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgen-  
 1444 der Maßgabe voraus:

1445 Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- 1446 – Diagnostik der Kontinenzleistung
- 1447 – Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 1448 – PET; PET/CT
- 1449 – Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

1450 Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

- 1451 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 1452 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 1453 – Innere Medizin und Nephrologie
- 1454 – Urologie
- 1455 – Visceralchirurgie

1456 Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- 1457 – Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflege-  
 1458 fachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

1459 Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- 1460 – die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 60 Patientinnen und  
 1461 Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genann-  
 1462 ten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

1463 Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.1 des Appendix  
1464 aufgeführt.

## 1465 **5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren**

1466 Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen  
1467 gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Nummer 1.2) setzt die Erfüllung der in An-  
1468 lage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit  
1469 folgender Maßgabe voraus:

1470 Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- 1471 – Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

1472 Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- 1473 – Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach Nummer 3.2 Buch-  
1474 stabe q

1475 Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- 1476 – die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 250 Patientinnen  
1477 und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikati-  
1478 onsgruppen mit gesicherter Diagnose.

1479 Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 des Appendix  
1480 aufgeführt.

## 1481 **6 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz** 1482 **1 Satz 3 der Richtlinie**

### 1483 **Präambel**

1484 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
1485 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
1486 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
1487 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
1488 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
1489 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren dieser Richtli-  
1490 nie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung  
1491 dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen am-  
1492 bulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
1493 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
1494 Behandlungsumfanges.

1495 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
1496 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
1497 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
1498 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
1499 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
1500 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
1501 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
1502 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
1503 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
1504 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

- 1505 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
1506 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 1507 ~~Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Nummer 5.~~
- 1508 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
1509 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
1510 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 1511 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
1512 ~~mäßig den Behandlungsumfang~~ Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise  
1513 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf~~ des Appendix auf.
- 1514 Appendix „gynäkologische Tumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL \*  
1515

---

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

1516 **Tumorgruppe 3: urologische Tumoren**1517 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

1518 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 1519 mit urologischen Tumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Pri-  
 1520 märtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder  
 1521 systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, einschließlich

<p><b>DKG, GKV-SV, PatV</b></p> <p>Instillationstherapien sowie</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Instillationstherapien bei muskelinvasiven oder multilokulären High-Risk-Blasenkarzinomen sowie</p>
---	--

1522 endokriner Therapien im metastasierten Stadium (M1), die einer interdisziplinären oder kom-  
 1523 plexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

1524 Nicht umfasst ist eine adjuvante endokrine Therapie sofern nicht andere tumorgerichtete Be-  
 1525 handlungen parallel verabreicht werden.

1526 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren im Sinne der Richtlinie  
 1527 zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1528 C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

1529 C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere  
 1530 Teilbereiche überlappend

1531 C48.0 Bösartige Neubildung: Retroperitoneum

1532 C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

1533 C60.- Bösartige Neubildung des Penis

1534 C61 Bösartige Neubildung der Prostata

1535 C62.- Bösartige Neubildung des Hodens

1536 C63.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalor-  
 1537 gane

1538 C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

1539 C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens

1540 C66 Bösartige Neubildung des Ureters

1541 C67.- Bösartige Neubildung der Harnblase

1542 C68.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane

1543 C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

1544 C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere  
 1545 Teilbereiche überlappend

1546 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

1547 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1548 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1549 **Diagnostik**

- 1550 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echo-
- 1551 kardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 1552 - Anamnese
- 1553 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall, Doppler Nierenvenen, intravenöse Urographie
- 1554 einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische
- 1555 Untersuchungen **inklusive PSMA-PET/CT zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-**
- 1556 **177-PSMA)**
- 1557 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 1558 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 1559 - Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstrak-
- 1560 tes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Sten-
- 1561 timplantationen, Zystoskopie, Rektoskopie, Proktoskopie)
- 1562 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 1563 - Humangenetische Untersuchungen
- 1564 - Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung, digital-rektale und vagi-
- 1565 nale Untersuchung)
- 1566 - Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Unter-
- 1567 suchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestim-
- 1568 mung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserspiegeln)
- 1569 - Punktionen, Biopsie (TUR-Blase)
- 1570 - Tumorstaging
- 1571 - Urodynamik

1572 **Behandlung**

- 1573 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 1574 - Anlage Blasenkatheter
- 1575 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 1576 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 1577 Eingriffen
- 1578 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1579 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1580 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-
- 1581 ten Behandlungsfolgen
- 1582 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kon-
- 1583 trolle
- 1584 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Urostoma
- 1585 - Einleitung einer Rehabilitation
- 1586 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 1587 - Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 1588 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 1589 - Perkutane Gastrostomie
- 1590 - Physikalische Therapie
- 1591 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1592 - Schmerztherapie
- 1593 - Strahlentherapie
- 1594 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

- 1595 - Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 1596 - Transfusionen
- 1597 - Wundversorgung
- 1598 - Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b> <i>[prüft]</i>
(BCG auch als Instillationstherapie bei Blasenkarzinom)	(BCG auch als Instillationstherapie bei <b>muskelinvasiven oder multilokulärem</b> Blasenkarzinom)

1599 , Lasertherapie, soweit im EBM abgebildet

## 1600 **Beratung**

- 1601 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1602 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1603 - Inkontinenzberatung
- 1604 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1605 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1606 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- 1607 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1608 - zu Sexualität und Familienplanung
- 1609 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1610 - zur Ernährung

## 1612 Weitere spezifische Leistungen:

- 1613 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1614 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1615 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 1616 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 1617 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 1618 - <sup>68</sup>Ga- oder <sup>18</sup>F-PSMA-PET; PET/CT bei Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren

- 1634 - mit fehlendem Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten nach  
1635 radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms (durch 2 Messungen  
1636 bestätigt)
- 1637 - mit PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter  
1638 PSA-Wert > 0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen be-  
1639 stätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines loka-  
1640 lisierten Prostatakarzinoms

1641 Liegt der PSA-Wert > 10 ng/ml sind zuvor zur Tumorlokalisierung die konventionellen Un-  
1642 tersuchungsverfahren einschließlich Becken-MRT und Skelettszintigraphie auszuschöp-  
1643 fen.

- 1644 - beim High-Risk Prostatakarzinom (ISUP GG  $\geq 3$  ~~Gleason Score 8-10~~) oder T-Kategorie  
1645 cT3/cT4 oder PSA  $\geq 20$  ng/ml) zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter The-  
1646 rapie bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz
- 1647 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose und PSMA-Liganden) bei Patienten mit  
1648 kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikati-  
1649 onsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA
- 1650 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei  
1651 Residuen von > 3cm

1652 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
1653 nere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere  
1654 Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung  
1655 im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Verei-  
1656 nigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Leistungen  
1657 erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

1658 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
1659 beachten.

### 1660 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### 1661 **3.1 Personelle Anforderungen**

1662 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren erfolgt durch ein  
1663 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

##### 1664 **a) Teamleitung**

- 1665 - Urologie oder  
1666 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

##### 1667 **b) Kernteam**

- 1668 - Urologie  
1669 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
1670 - Strahlentherapie  
1671 - Bei Prostatakarzinom auch Nuklearmedizin spätestens ab [einsetzen: Datum des ers-  
1672 ten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]

1673 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
1674 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Me-  
1675 dizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthapie, denen bis  
1676 zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an

1677 der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zu-  
1678 ständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1679 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 1680 - Anästhesiologie
- 1681 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 1682 - Gefäßchirurgie
- 1683 - Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestäti-  
1684 gung bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom
- 1685 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 1686 - Innere Medizin und Kardiologie
- 1687 - Innere Medizin und Nephrologie
- 1688 - Laboratoriumsmedizin
- 1689 - Neurologie
- 1690 - Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- 1691 - Pathologie
- 1692 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
1693 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
1694 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
1695 für Erwachsene
- 1696 - Radiologie
- 1697 - Viszeralchirurgie

1698 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
1699 bildung Palliativmedizin verfügen.

1700 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

1701 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

1702 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
1703 richtungen besteht:

- 1704 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit be-  
1705 sonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patien-  
1706 ten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 1707 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 1708 – Physiotherapie
- 1709 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
1710 mit sozialen Beratungsangeboten
- 1711 – Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbe-  
1712 züglicher Erfahrung

1713 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

1714 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
1715 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- 1716 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1717 – Urologie

1718 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erfor-  
1719 derliche bildgebende Diagnostik.

- 1720 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich aner-  
1721 kannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Re-  
1722 gelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entspre-  
1723 chende Erfahrung vorzuweisen.
- 1724 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit  
1725 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-  
1726 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied  
1727 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdiszipl-  
1728 inen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen  
1729 hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilneh-  
1730 mer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentie-  
1731 ren.
- 1732 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesent-  
1733 lichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen  
1734 ist.
- 1735 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
- 1736 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen  
1737 und transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wo-  
1738 chenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
- 1739 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkei-  
1740 ten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.
- 1741 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötig-  
1742 ten Wirkstoffe erfolgt.
- 1743 j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen  
1744 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Aus-  
1745 schluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehal-  
1746 ten werden.
- 1747 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen  
1748 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur  
1749 Verfügung steht.
- 1750 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
1751 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
1752 nen und Patienten bereitgehalten werden.
- 1753 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- 1754 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- 1755 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
1756 mationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht ver-  
1757 fügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfe-  
1758 organisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung  
1759 gestellt wird.
- 1760 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend  
1761 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

1762 **3.3 Dokumentation**

1763 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
1764 sesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen  
1765 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

1766 **3.4 Mindestmengen**

1767 Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
1768 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

1769 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
1770 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
1771 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
1772 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
1773 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

1774 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als  
1775 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1776 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
1777 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit  
1778 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter  
1779 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt wer-  
1780 den, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung  
1781 nachweisen oder

1782 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
1783 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Ne-  
1784 oplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die  
1785 mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder in-  
1786 trakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

1787 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
1788 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
1789 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
1790 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
1791 anzuziehen.

1792 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

1793 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
1794 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
1795 tinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ers-  
1796 ten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

1797 **4 Überweisungserfordernis**

1798 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
1799 handelnden Vertragsarzt.

1800 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
1801 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

1802 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
1803 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-

1804 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
 1805 dernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB  
 1806 V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

1807 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
 1808 **1 Satz 3 der Richtlinie**

1809 **Präambel**

1810 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 1811 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 1812 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 1813 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 1814 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 1815 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 3: urologische Tumoren dieser Richtlinie  
 1816 bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung die-  
 1817 ser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambu-  
 1818 lanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
 1819 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
 1820 Behandlungsumfanges.

1821 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
 1822 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
 1823 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
 1824 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
 1825 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
 1826 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
 1827 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
 1828 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
 1829 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
 1830 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

1831 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
 1832 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

1833 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
 1834 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
 1835 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

1836 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
 1837 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
 1838 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

1839 [Appendix „urologische Tumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

1840

---

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

1841 **Tumorgruppe 4: Hauttumoren**

1842 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

1843 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
1844 mit Hauttumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie  
1845 oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische  
1846 medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Ver-  
1847 sorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

1848 Ausgeschlossen sind eine alleinige oder adjuvante Strahlentherapie sowie lokale dermatolo-  
1849 gische Behandlungen, wie Operationen, Lasertherapie, photodynamische Therapie, Elektro-  
1850 desikkation, Kürettage, Kryotherapie bei Basalzellkarzinomen (=Basaliomen) und Plat-  
1851 tenepithelkarzinomen im Stadium N0, M0.

1852 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Sinne der Richtlinie zählen  
1853 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1854 C43.- Bösartiges Melanom der Haut

1855 C44.- Sonstige bösartige Neubildungen der Haut

1856 C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum] (nicht HIV-asso-  
1857 ziiert, und rein kutan)

1858 C51.- Bösartige Neubildung der Vulva (nur bei malignem Melanom)

1859 C60.- Bösartige Neubildung des Penis (nur bei malignem Melanom)

1860 C63.2 Bösartige Neubildung des Skrotums (nur bei malignen Melanomen)

1861 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

1862 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Sinne der Richtlinie zählen  
1863 Patientinnen und Patienten mit primär kutanen Lymphomen gemäß der WHO EORTC-Klassifi-  
1864 kation der kutanen Lymphome:

1865 C82.- Follikuläres Lymphom

1866 C83.- Nicht follikuläres Lymphom

1867 C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome

1868 C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms

1869 C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome

1870 C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

1871 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1872 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1873 **Diagnostik**

1874 - Anamnese inklusive Berufsanamnese

1875 - Bildgebende Verfahren (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische  
1876 Untersuchungen)

1877 - Dermatoskopie

1878 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes

- 1879 - Histologische, zytologische und immunhistopathologische Untersuchungen
- 1880 - körperliche Untersuchung
- 1881 - Laboruntersuchungen
- 1882 - Punktionen, Biopsien (Probeexzision oder offene Biopsie)
- 1883 - Tumorstaging

**1884 Behandlung**

- 1885 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 1886 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 1887 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1888 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1889 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 1890 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 1891 - Einleitung einer Rehabilitation
- 1892 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 1893 - Medikamentöse Tumortherapien
- 1894 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge inklusive Planung von plastischen Rekonstruktionen
- 1895 - Physikalische Therapie
- 1896 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1897 - Photochemotherapie (PUVA)
- 1898 - Schmerztherapie
- 1899 - Strahlentherapie
- 1900 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 1901 - Transfusionen
- 1902 - Wundversorgung

**1907 Beratung**

- 1908 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1909 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1910 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1911 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- 1912 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1913 - zur Selbstinspektion
- 1914 - zu Sexualität und Familienplanung
- 1915 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

**1917 Weitere spezifische Leistungen:**

- 1918 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
- 1919 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder
- 1920
- 1921
- 1922

- 1923 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
- 1924
- 1925 - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen
- 1926
- 1927 - PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- 1928
- 1929
- 1930
- 1931 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen/Patienten mit Xeroderma pigmentosum und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Hauttumor zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- 1932
- 1933
- 1934 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei primär kutanen Lymphomen bei unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines systemischen Lymphoms mit Hautbefall
- 1935
- 1936
- 1937 - **Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))**
- 1938
- 1939
- 1940
- 1941 - **Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Hauttumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])**
- 1942
- 1943
- 1944 - **Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])**
- 1945
- 1946
- 1947 - **Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)**
- 1948
- 1949
- 1950
- 1951
- 1952
- 1953 - **Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung der Patientin/des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)**
- 1954
- 1955
- 1956
- 1957
- 1958 - **Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))**
- 1959
- 1960 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.
- 1961
- 1962
- 1963
- 1964
- 1965
- 1966 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.
- 1967

1968 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

1969 **3.1 Personelle Anforderungen**

1970 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

1972 **a) Teamleitung**

- 1973 - Haut- und Geschlechtskrankheiten oder
- 1974 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

1975 **b) Kernteam**

- 1976 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 1977 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1978 - Strahlentherapie

1979 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
 1980 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Me-  
 1981 dizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis  
 1982 zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an  
 1983 der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zu-  
 1984 ständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1985 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 1986 - Anästhesiologie
- 1987 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 1988 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 1989 - Innere Medizin und Kardiologie
- 1990 - Innere Medizin und Pneumologie
- 1991 - Laboratoriumsmedizin
- 1992 - Neurologie
- 1993 - Nuklearmedizin
- 1994 - Pathologie
- 1995 - Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- 1996 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 1997 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 1998 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
 1999 für Erwachsene
- 2000 - Radiologie
- 2001 - Urologie
- 2002 - Viszeralchirurgie

2003 Für die Behandlung insbesondere von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren des Ge-  
 2004 sichts, Kopfes oder Halses können folgende Fachärztinnen oder Fachärzte einzeln oder ge-  
 2005 meinsam benannt werden:

- 2006 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 2007 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

2008 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
 2009 bildung Palliativmedizin verfügen.

2010 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

2011 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

2012 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
2013 richtungen besteht:

2014 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit be-  
2015 sonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patien-  
2016 ten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)

2017 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

2018 – Physiotherapie

2019 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
2020 mit sozialen Beratungsangeboten

2021 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

2022 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
2023 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

2024 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

2025 – Haut- und Geschlechtskrankheiten

2026 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.  
2027

2028 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich aner-  
2029 kannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Re-  
2030 gelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entspre-  
2031 chende Erfahrung vorzuweisen.

2032 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit  
2033 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-  
2034 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied  
2035 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdiszi-  
2036 plinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen  
2037 hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilneh-  
2038 mer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentie-  
2039 ren.

2040 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesent-  
2041 lichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen  
2042 ist.

2043 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

2044 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen  
2045 und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behand-  
2046 lung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

2047 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkei-  
2048 ten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

2049 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötig-  
2050 ten Wirkstoffe erfolgt.

- 2051 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen in-  
 2052 travenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen  
 2053 zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten  
 2054 vorgehalten werden.
- 2055 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen  
 2056 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur  
 2057 Verfügung steht.
- 2058 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 2059 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
 2060 nen und Patienten bereitgehalten werden.
- 2061 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- 2062 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- 2063 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
 2064 mationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht ver-  
 2065 fügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfe-  
 2066 organisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung  
 2067 gestellt wird.
- 2068 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend  
 2069 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

2070 **3.3 Dokumentation**

2071 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
 2072 sesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen  
 2073 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

2074 **3.4 Mindestmengen**

2075 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1 Konkretisierung  
 2076 der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

2077 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 2078 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 2079 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 2080 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 2081 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

2082 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als  
 2083 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

2084 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
 2085 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit  
 2086 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter  
 2087 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt wer-  
 2088 den, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung  
 2089 nachweisen oder

2090 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
 2091 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Ne-  
 2092 oplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die

2093 mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder in-  
2094 trakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

2095 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
2096 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
2097 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
2098 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
2099 anzuziehen.

2100 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2101 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
2102 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
2103 tinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ers-  
2104 ten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

#### 2105 **4 Überweisungserfordernis**

2106 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
2107 handelnden Vertragsarzt.

2108 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
2109 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

2110 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
2111 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
2112 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
2113 dernis.

2114 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V  
2115 muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

#### 2116 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz** 2117 **1 Satz 3 der Richtlinie**

##### 2118 **Präambel**

2119 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
2120 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
2121 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
2122 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
2123 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
2124 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorguppe 4: Hauttumoren dieser Richtlinie be-  
2125 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
2126 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
2127 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
2128 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
2129 handlungsumfangs.

2130 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
2131 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
2132 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
2133 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
2134 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
2135 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~

- 2136 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
2137 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
2138 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
2139 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 2140 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
2141 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 2142 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
2143 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
2144 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 2145 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
2146 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
2147 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~
- 2148 [Appendix „Hauttumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

---

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

2149 **Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax**

2150 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2151 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
2152 mit Tumoren der Lunge und des Thorax ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei denen entwe-  
2153 der als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie  
2154 und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären  
2155 oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

2156 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax im Sinne  
2157 der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

2158 C33 Bösartige Neubildung der Trachea

2159 C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

2160 C37 Bösartige Neubildung des Thymus

2161 C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura

2162 C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des  
2163 Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe

2164 C45.0 Mesotheliom der Pleura

2165 C45.2 Mesotheliom des Perikards

2166 C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems,  
2167 Periphere Nerven des Thorax

2168 C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe, Bin-  
2169 degewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax

2170 C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Glo-  
2171 mus aorticum und sonstige Paraganglien

2172 C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax

2173 C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige  
2174 und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

2175 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2176 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

2177 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

2178 **Diagnostik**

2179 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und  
2180 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik

2181 - Anamnese inklusive Berufsanamnese

2182 - bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer  
2183 Verfahren, Röntgen, CT, MRT inklusive kardiale Bildgebung bei Herztumoren, nukle-  
2184 armedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei Lungenkarzi-  
2185 nom/Lungenrundherden)

2186 - Diagnostik paraneoplastischer Syndrome (PNS)

- 2187 - Endoskopie des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich
- 2188 - Punktionen und interventioneller Verfahren)
- 2189 - Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 2190 - körperliche Untersuchung
- 2191 - Laboruntersuchungen
- 2192 - Lungenfunktionsprüfung
- 2193 - Punktionen, Biopsien (zum Beispiel der Pleura oder der Lunge)
- 2194 - Tumorstaging

2195 **Behandlung**

- 2196 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 2197 - Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 2198 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 2199 - Eingriffen
- 2200 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 2201 - Behandlung in Notfallsituationen
- 2202 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-
- 2203 - ten Behandlungsfolgen
- 2204 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kon-
- 2205 - trolle
- 2206 - Einleitung einer Rehabilitation
- 2207 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 2208 - Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 2209 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 2210 - Physikalische Therapie
- 2211 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 2212 - Schmerztherapie
- 2213 - Strahlentherapie
- 2214 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 2215 - Transfusionen
- 2216 - Wundversorgung

2217 **Beratung**

- 2218 - zu Diagnostik und Behandlung
- 2219 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 2220 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 2221 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 2222 - (z.B. bei Krebsberatungsstellen)
- 2223 - zu Rehabilitationsangeboten
- 2224 - zu Sexualität und Familienplanung
- 2225 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 2226 - zur Ernährung
- 2227 - zur Tabakentwöhnung

2228 Weitere spezifische Leistungen:

- 2229 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei neuroendokrinen
- 2230 - Tumoren oder auch mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei bösartigen Neubildungen der
- 2231 - thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ

- 2232 intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptor-  
 2233 status vor nuklearmedizinischer Therapie
- 2234 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Pe-  
 2235 rikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur  
 2236 Rezidivdiagnostik
- 2237 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezep-  
 2238 tor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik  
 2239 vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik
- 2240 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediasti-  
 2241 nums oder der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Be-  
 2242 handlung oder zur Rezidivdiagnostik
- 2243 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thoraka-  
 2244 len Binde- und Weichteilgewebes (zum Beispiel Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik  
 2245 vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- 2246 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines  
 2247 Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer Therapie  
 2248 (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7  
 2249 BMV-Ärzte])
- 2250 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse  
 2251 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkolo-  
 2252 gie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 2253 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-  
 2254 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-  
 2255 rapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere  
 2256 für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments  
 2257 (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die ver-  
 2258 tragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize,  
 2259 SAPV)
- 2260 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-  
 2261 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-  
 2262 rapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere  
 2263 für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere  
 2264 Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 2265 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 2266 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 2267 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
 2268 nere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere  
 2269 Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung  
 2270 im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Verei-  
 2271 nigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Leistungen  
 2272 erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.
- 2273 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 2274 beachten.

2275 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

2276 **3.1 Personelle Anforderungen**

2277 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax erfolgt  
2278 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

2279 **a) Teamleitung**

- 2280 - Innere Medizin und Pneumologie
- 2281 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 2282 - Thoraxchirurgie

2283 **b) Kernteam**

- 2284 - Innere Medizin und Pneumologie
- 2285 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 2286 - Strahlentherapie
- 2287 - Thoraxchirurgie

2288 Bei Herztumoren zusätzlich:

- 2289 - Herzchirurgie
- 2290 - Innere Medizin und Kardiologie

2291 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
2292 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Me-  
2293 dizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen bis  
2294 zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an  
2295 der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zu-  
2296 ständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

2297 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 2298 - Anästhesiologie
- 2299 - Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
- 2300 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 2301 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 2302 - Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- 2303 - Laboratoriumsmedizin
- 2304 - Neurochirurgie
- 2305 - Neurologie
- 2306 - Nuklearmedizin
- 2307 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2308 - Pathologie
- 2309 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
2310 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
2311 Ärztlicher Psychotherapeut [oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut](#)  
2312 [für Erwachsene](#)
- 2313 - Radiologie
- 2314 - Viszeralchirurgie

2315 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbil-  
2316 dung Palliativmedizin verfügen.

2317 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

2318 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

2319 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
2320 richtungen besteht:

- 2321 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit be-  
2322 sonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patien-  
2323 ten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 2324 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 2325 – Physiotherapie
- 2326 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrich-  
2327 tungen mit sozialen Beratungsangeboten

2328 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

2329 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
2330 ner oder einem der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht:

- 2331 – Innere Medizin und Pneumologie
- 2332 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 2333 – Thoraxchirurgie

2334 Bei Herztumoren alternativ

- 2335 – Innere Medizin und Kardiologie oder
- 2336 – Herzchirurgie

2337 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.  
2338

2339 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich aner-  
2340 kannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Re-  
2341 gelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entspre-  
2342 chende Erfahrung vorzuweisen.

2343 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit  
2344 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-  
2345 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied  
2346 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdiszi-  
2347 plinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen  
2348 hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilneh-  
2349 mer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentie-  
2350 ren.

2351 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesent-  
2352 lichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen  
2353 ist.

2354 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

2355 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen  
2356 und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behand-  
2357 lung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

- 2358 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.  
2359
- 2360 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.  
2361
- 2362 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.  
2363  
2364  
2365
- 2366 k) eine Mikrobiologie zur Verfügung steht.
- 2367 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.  
2368  
2369
- 2370 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- 2371 n) Stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- 2372 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.  
2373  
2374  
2375  
2376
- 2377 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend  
2378 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

2379 **3.3 Dokumentation**

2380 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen  
2381 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.  
2382

2383 **3.4 Mindestmengen**

2384 Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen oder Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.  
2385

2386 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
2387 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
2388 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
2389 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.  
2390

2391 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als  
2392 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

2393 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
2394 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit  
2395 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter  
2396 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden,  
2397 davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung  
2398 nachweisen oder

2399 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
 2400 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Ne-  
 2401 oplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die  
 2402 mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder in-  
 2403 trakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

2404 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
 2405 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
 2406 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
 2407 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen her-  
 2408 anzuziehen.

2409 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2410 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 2411 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
 2412 tinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ers-  
 2413 ten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

#### 2414 **4 Überweisungserfordernis**

2415 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
 2416 handelnden Vertragsarzt.

2417 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
 2418 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

2419 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
 2420 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
 2421 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
 2422 dernis.

2423 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss  
 2424 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

#### 2425 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz** 2426 **1 Satz 3 der Richtlinie**

##### 2427 **Präambel**

2428 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 2429 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 2430 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 2431 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 2432 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 2433 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax die-  
 2434 ser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berück-  
 2435 sichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungs-  
 2436 fähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungs-  
 2437 ausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Ände-  
 2438 rungen des Behandlungsumfanges.

2439 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
 2440 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
 2441 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
 2442 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~

- 2443 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
2444 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
2445 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
2446 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
2447 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
2448 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 2449 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
2450 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 2451 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
2452 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
2453 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 2454 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
2455 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
2456 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~
- 2457 [Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)  
2458

---

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

2459 **Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren**2460 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2461 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 2462 mit Kopf- oder Halstumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Pri-  
 2463 märtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder  
 2464 systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder  
 2465 komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

2466 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren im Sinne der Richtli-  
 2467 nie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

2468 C00.- Bösartige Neubildung der Lippe

2469 C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes

2470 C02.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge

2471 C03.- Bösartige Neubildung des Zahnfleisches

2472 C04.- Bösartige Neubildung des Mundbodens

2473 C05.- Bösartige Neubildung des Gaumens

2474 C06.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes

2475 C07 Bösartige Neubildung der Parotis

2476 C08.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen

2477 C09.- Bösartige Neubildung der Tonsille

2478 C10.- Bösartige Neubildung des Oropharynx

2479 C11.- Bösartige Neubildung des Nasopharynx

2480 C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis

2481 C13.- Bösartige Neubildung des Hypopharynx

2482 C14.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe,  
 2483 der Mundhöhle und des Pharynx

2484 C30.- Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres

2485 C31.- Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen

2486 C32.- Bösartige Neubildung des Larynx

2487 C41.0- Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels

2488 C43.0 Bösartiges Melanom der Lippe

2489 C43.2 Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges

2490 C43.3 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes

2491 C43.4 Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses

2492 C44.0 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Lippenhaut

2493 C44.1 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Augenlides, einschließlich Kan-  
 2494 thus

2495	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges
2496		
2497	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
2498		
2499	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses
2500	C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut
2501	C46.1	Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
2502	C46.2	Kaposi-Sarkom des Gaumens
2503	C46.3	Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
2504	C47.0	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
2505		
2506	C47.8	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
2507		
2508	C49.0	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
2509		
2510	C49.8	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
2511		
2512	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
2513	C75.0	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse
2514		
2515	C75.4	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum
2516		
2517	C75.5	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
2518		
2519	C76.0	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Hals, Gesicht
2520		
2521	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

## 2522 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

2523 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

### 2524 **Diagnostik**

- 2525 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 2526
- 2527 - Anamnese inklusive Berufsanamnese
- 2528 - Audiometrie
- 2529 - bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder unbekanntem Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs und bei Larynxkarzinom)
- 2530
- 2531
- 2532
- 2533 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen nach HNO-Tumor

- 2534 - Endoskopie des Nasenrachenraumes, Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- 2535
- 2536 - Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 2537 - körperliche Untersuchung
- 2538 - Laboruntersuchungen
- 2539 - Lungenfunktionsprüfung
- 2540 - Punktionen, Biopsien
- 2541 - Tumorstaging

#### 2542 **Behandlung**

- 2543 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 2544 - Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 2545 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 2546
- 2547 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 2548 - Behandlung in Notfallsituationen
- 2549 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 2550
- 2551 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 2552
- 2553 - Einleitung einer Rehabilitation
- 2554 - Ernährungstherapie bei Schluckstörungen, soweit im EBM abgebildet
- 2555 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 2556 - Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 2557 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 2558 - perkutane Gastrostomie
- 2559 - Physikalische Therapie
- 2560 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 2561 - Schmerztherapie
- 2562 - Stimmprüfung
- 2563 - Strahlentherapie
- 2564 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 2565 - Transfusionen
- 2566 - Wundversorgung

#### 2567 **Beratung**

- 2568 - und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- 2569 - zu Diagnostik und Behandlung
- 2570 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch inklusive Umgang mit Hilfsmitteln zur Sprachbildung, Kaufunktionelle Maßnahmen
- 2571
- 2572 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 2573 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 2574
- 2575 - zu Rehabilitationsangeboten
- 2576 - zur Alkohol- und Tabakentwöhnung
- 2577 - zur Ernährung
- 2578 - zu Sexualität und Familienplanung
- 2579 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

## 2580 Weitere spezifische Leistungen:

- 2581 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Kopf-  
2582 Hals-Tumoren
- 2583 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokalthherapie oder vor funktionseinschränken-  
2584 den Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventio-  
2585 nelle Diagnostik (unter anderem CT und/oder MRT) von Kopf/Hals, Thorax und Abdo-  
2586 men abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden
- 2587 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT,  
2588 MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und  
2589 für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokalthherapie empfohlen wird
- 2590 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Lig-  
2591 anden oder J-124) bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
- 2592 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder  
2593 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,  
2594 zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymph-  
2595 knotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsenge-  
2596 webe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten
- 2597 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit malignem  
2598 Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der  
2599 Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
- 2600 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie  
2601 geplant ist, und/oder
- 2602 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdäch-  
2603 tige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
- 2604 - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fern-  
2605 metastasen R0-resektabel erscheinen
- 2606 - PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Patientinnen  
2607 und Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie  
2608 mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Re-  
2609 zeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- 2610 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder F-18-Fluorodes-  
2611 oxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Paragangliomen zur Ausbreitungsdi-  
2612 agnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder  
2613 zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- 2614 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines  
2615 Patienten mit Tumoren des Kopfs oder Hals unter tumorspezifischer Therapie (ent-  
2616 sprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-  
2617 Ärzte))
- 2618 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse  
2619 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkolo-  
2620 gie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 2621 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-  
2622 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-  
2623 rapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere  
2624 für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments

- 2625 (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die ver-  
 2626 tragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize,  
 2627 SAPV)
- 2628 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-  
 2629 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-  
 2630 rapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere  
 2631 für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere  
 2632 Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 2633 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 2634 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 2635 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
 2636 nere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere  
 2637 Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung  
 2638 im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Verei-  
 2639 nigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Leistungen  
 2640 erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.
- 2641 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 2642 beachten.
- 2643 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 2644 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 2645 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren erfolgt durch ein  
 2646 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 2647 **a) Teamleitung**
- 2648 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
 2649 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
 2650 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder  
 2651 - Strahlentherapie
- 2652 Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:
- 2653 - Viszeralchirurgie oder  
 2654 - Nuklearmedizin
- 2655 **b) Kernteam**
- 2656 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
 2657 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
 2658 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  
 2659 - Strahlentherapie
- 2660 Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:
- 2661 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie  
 2662 - Viszeralchirurgie und  
 2663 - Nuklearmedizin
- 2664 Bei Tumoren der Haut im Kopf-Hals-Bereich spätestens ab [einsetzen: Datum des ersten Tages  
 2665 des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zusätzlich auch:  
 2666 - Haut- und Geschlechtskrankheiten

2667 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
 2668 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Me-  
 2669 dizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen bis  
 2670 zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an  
 2671 der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zu-  
 2672 ständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

### 2673 c) **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 2674 - Anästhesiologie
- 2675 - Augenheilkunde
- 2676 - Gefäßchirurgie
- 2677 - Haut- und Geschlechtskrankheiten (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- 2678 - Humangenetik, nur in Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im  
 2679 Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich
- 2680 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 2681 - Innere Medizin und Kardiologie
- 2682 - Innere Medizin und Pneumologie
- 2683 - Laboratoriumsmedizin
- 2684 - Neurochirurgie
- 2685 - Neurologie
- 2686 - Nuklearmedizin
- 2687 - Pathologie
- 2688 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 2689 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 2690 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
 2691 für Erwachsene
- 2692 - Radiologie

2693 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
 2694 bildung Palliativmedizin verfügen.

### 2695 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

2696 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

- 2697 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 2698 richtungen besteht:
- 2699 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit be-  
 2700 sonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patien-  
 2701 ten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
  - 2702 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
  - 2703 – Physiotherapie
  - 2704 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrich-  
 2705 tungen mit sozialen Beratungsangeboten
  - 2706 – Logopädie

2707 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- 2708 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 2709 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 2710 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

- 2711 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
 2712 – Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- 2713 Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:
- 2714 – Viszeralchirurgie
- 2715 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.  
 2716
- 2717 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.  
 2718  
 2719  
 2720
- 2721 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.  
 2722  
 2723  
 2724  
 2725  
 2726  
 2727  
 2728
- 2729 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,  
 2730  
 2731
- 2732 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 2733 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,  
 2734  
 2735
- 2736 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,  
 2737
- 2738 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,  
 2739
- 2740 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,  
 2741  
 2742  
 2743
- 2744 k) eine Mikrobiologie,
- 2745 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,  
 2746  
 2747
- 2748 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 2749 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 2750 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der  
 2751

2752 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen  
 2753 zur Verfügung gestellt wird,

2754 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend  
 2755 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

### 2756 3.3 Dokumentation

2757 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
 2758 sesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen  
 2759 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 2760 3.4 Mindestmengen

2761 Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
 2762 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

2763 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 2764 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 2765 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 2766 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 2767 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

2768 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als  
 2769 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

2770 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
 2771 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit  
 2772 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter  
 2773 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt wer-  
 2774 den, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung  
 2775 nachweisen oder

2776 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
 2777 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Ne-  
 2778 oplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die  
 2779 mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder in-  
 2780 trakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

2781 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
 2782 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
 2783 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
 2784 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
 2785 anzuziehen.

2786 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2787 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 2788 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
 2789 tinnen und Patienten behandelt worden sein.

2790 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
 2791 50 Prozent unterschritten werden.

#### 2792 4 Überweisungserfordernis

2793 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
2794 handelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und  
2795 möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben  
2796 sind.

2797 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
2798 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
2799 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

2800 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss  
2801 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

#### 2802 5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz 2803 1 Satz 3 der Richtlinie

##### 2804 Präambel

2805 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
2806 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
2807 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
2808 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
2809 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
2810 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren dieser Richtlinie  
2811 bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung die-  
2812 ser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambu-  
2813 lanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
2814 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
2815 Behandlungsumfanges.

2816 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
2817 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
2818 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
2819 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
2820 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
2821 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
2822 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
2823 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
2824 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
2825 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

2826 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
2827 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

2828 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
2829 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
2830 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

2831 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
2832 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
2833 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

2834 [Appendix „Kopf- oder Halstumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

2835 **Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven**

2836 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2837 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
2838 mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei  
2839 denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine  
2840 Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer  
2841 interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstat-  
2842 tung bedarf.

2843 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren  
2844 Nerven im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankun-  
2845 gen:

2846 C47.- Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems

2847 C70.- Bösartige Neubildung der Meningen

2848 C71.- Bösartige Neubildung des Gehirns

2849 C72.- Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zent-  
2850 ralnervensystems

2851 C75.1 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Hy-  
2852 pophyse

2853 C75.2 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Duc-  
2854 tus craniopharyngealis

2855 C75.3 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: E-  
2856 piphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]

2857 C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glo-  
2858 mus caroticum

2859 C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glo-  
2860 mus aorticum und sonstige Paraganglien

2861 C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Be-  
2862 teiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet

2863 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2864 **Primäre ZNS-Lymphome**

2865 C83.3 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

2866 D32.- Gutartige Neubildung der Meningen

2867 D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems

2868 D35.2 Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen: Hy-  
2869 pophyse

2870 D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten der Meningen

---

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

2871 D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentral-  
2872 nervensystems

2873 D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen: Duc-  
2874 tus craniopharyngealis

2875

## 2876 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

2877 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

### 2878 **Diagnostik**

2879 – Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und trans-  
2880 thorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik

2881 – Anamnese

2882 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT inklusive  
2883 Postmyelographie-Computertomographie, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)

2884 – Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

2885 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen

2886 – Körperliche Untersuchung

2887 – Laboruntersuchungen

2888 – Liquordiagnostik

2889 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenzi-  
2890 ale)

2891 – Punktionen, Biopsien

2892 – Tumorstaging

### 2893 **Behandlung**

2894 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen

2895 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)

2896 – Antiepileptische Therapie

2897 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen  
2898 Eingriffen

2899 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten

2900 – Behandlung in Notfallsituationen

2901 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten  
2902 Behandlungsfolgen

2903 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle

2904 – Einleitung einer Rehabilitation

2905 – Kleinchirurgische Eingriffe

2906 – Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie

2907 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge

2908 – Physikalische Therapie

2909 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

2910 – Schmerztherapie

2911 – Strahlentherapie

2912 – Therapeutische Punktionen und Drainagen

2913 – Transfusionen

2914 – Wundversorgung

### 2915 **Beratung**

- 2916 – zu Diagnostik und Behandlung
- 2917 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 2918 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 2919 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 2920 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 2921 – zu Rehabilitationsangeboten
- 2922 – zu Sexualität und Familienplanung
- 2923 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 2924 – zur Ernährung
- 2925 Weitere spezifische Leistungen:
- 2926 - PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, zum Beispiel O-(2-[18F]Fluoroethyl)-
- 2927 L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren,
- 2928 insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT:
- 2929 – zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe
- 2930 und
- 2931 – zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- 2932 - PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
- 2933 – bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neural-
- 2934 leiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten
- 2935 Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv
- 2936 – bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, gegebenenfalls auch MRT)
- 2937 primär zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach Aus-
- 2938 schluss extrakranieller Lymphomherde
- 2939 - PET; PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie zum Beispiel 68 Ga-DOTATOC
- 2940 oder 68 Ga-DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neu-
- 2941 bildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer ku-
- 2942 rativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung des
- 2943 Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- 2944 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 2945 Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter tumorspezifi-
- 2946 scher Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinba-
- 2947 rung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 2948 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 2949 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkolo-
- 2950 gie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 2951 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-
- 2952 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-
- 2953 rapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für
- 2954 die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments
- 2955 (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die ver-
- 2956 tragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize,
- 2957 SAPV)

- 2958 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebs-  
 2959 erkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlenthe-  
 2960 rapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für  
 2961 die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versor-  
 2962 gungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 2963 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 2964 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 2965 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
 2966 nere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbil-  
 2967 dung Medikamentöse Tumorthherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmi-  
 2968 gung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä)  
 2969 seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten  
 2970 Behandlungsumfangs die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Ge-  
 2971 nehmigung vorliegt.
- 2972 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 2973 beachten.
- 2974 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 2975 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 2976 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren  
 2977 Nerven erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 2978 **a) Teamleitung**
- 2979 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
 2980 - Neurologie  
 2981 - Neurochirurgie oder  
 2982 - Strahlentherapie
- 2983 **b) Kernteam**
- 2984 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
 2985 - Neurologie  
 2986 - Neurochirurgie  
 2987 - Strahlentherapie
- 2988 Bei endokrinen Tumoren zusätzlich auch:
- 2989 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 2990 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
 2991 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Me-  
 2992 dizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen  
 2993 bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme  
 2994 an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der  
 2995 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.
- 2996 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 2997 - Anästhesiologie  
 2998 - Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie  
 2999 - Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Para-  
 3000 ganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen

- 3001 - Innere Medizin und Kardiologie  
 3002 - Laboratoriumsmedizin  
 3003 - Neuropathologie  
 3004 - Nuklearmedizin  
 3005 - Orthopädie und Unfallchirurgie  
 3006 - Psychiatrie und Psychotherapie  
 3007 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene  
 3008  
 3009  
 3010 - Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie
- 3011 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden.  
 3012 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie benannt werden.
- 3013 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.  
 3014
- 3015 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**
- 3016 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass
- 3017 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:  
 3018
- 3019 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
  - 3020
  - 3021
  - 3022 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
  - 3023 – Ergotherapie
  - 3024 – Logopädie
  - 3025 – Physiotherapie
  - 3026 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
  - 3027
- 3028 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 3029 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:  
 3030
- 3031 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
  - 3032 – Neurologie
  - 3033 – Neurochirurgie
- 3034 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.  
 3035  
 3036  
 3037
- 3038 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon  
 3039  
 3040  
 3041  
 3042

- 3043 sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die  
3044 Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- 3045 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentli-  
3046 chen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- 3047 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 3048 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und  
3049 transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am  
3050 Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 3051 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten  
3052 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 3053 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten  
3054 Wirkstoffe erfolgt,
- 3055 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intra-  
3056 venösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum  
3057 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorge-  
3058 halten werden,
- 3059 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen  
3060 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Ver-  
3061 fügung steht,
- 3062 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
3063 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
3064 nen und Patienten bereitgehalten werden,
- 3065 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 3066 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 3067 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
3068 mationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der  
3069 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen  
3070 zur Verfügung gestellt wird,
- 3071 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den  
3072 Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

### 3073 **3.3 Dokumentation**

3074 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
3075 sesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen  
3076 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 3077 **3.4 Mindestmengen**

3078 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter Nummer „1 Konkre-  
3079 tisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behan-  
3080 deln.

3081 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
3082 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher

3083 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 3084 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 3085 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

3086 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als  
 3087 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

3088 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
 3089 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten  
 3090 mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darun-  
 3091 ter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt  
 3092 werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behand-  
 3093 lung nachweisen oder

3094 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
 3095 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden  
 3096 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,  
 3097 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder  
 3098 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

3099 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
 3100 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
 3101 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
 3102 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
 3103 anzuziehen.

3104 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

3105 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 3106 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
 3107 tinnen und Patienten behandelt worden sein.

3108 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
 3109 50 Prozent unterschritten werden.

#### 3110 **4 Überweisungserfordernis**

3111 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
 3112 handelnden Vertragsarzt.

3113 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
 3114 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

3115 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
 3116 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
 3117 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

3118 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss  
 3119 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

#### 3120 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz** 3121 **1 Satz 3 der Richtlinie**

##### 3122 **Präambel**

3123 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 3124 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach

3125 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 3126 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 3127 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 3128 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der periphe-  
 3129 ren Nerven dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert  
 3130 unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den  
 3131 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des  
 3132 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser  
 3133 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

~~3134 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
 3135 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
 3136 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
 3137 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
 3138 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
 3139 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
 3140 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
 3141 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
 3142 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
 3143 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

~~3144 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
 3145 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

~~3146 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
 3147 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
 3148 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

~~3149 Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich regel-~~  
 3150 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
 3151 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

3152 [Appendix „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3](#)  
 3153 [ASV-RL\\*](#)

3154

---

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

3155 **Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren**

3156 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3157 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
3158 mit Knochen- und Weichteiltumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder  
3159 als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie  
3160 und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären  
3161 oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

3162 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren im Sinne der  
3163 Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3164 C40.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten

3165 C41.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher  
3166 bezeichneter Lokalisationen

3167 C45.7 Mesotheliom sonstiger Lokalisation

3168 C46.- **Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]**

3169 C47.1 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:  
3170 Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter

3171 C47.2 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:  
3172 Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte

3173 C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Thorax

3174 C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Abdomens

3175 C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Beckens

3176 C47.6 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet

3177 C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems,  
3178 mehrere Teilbereiche überlappend

3179 C49.1 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extre-  
3180 mität, einschließlich Schulter

3181 C49.2 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Ext-  
3182 remität, einschließlich Hüfte

3183 C49.3 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax

3184 C49.4 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens

3185 C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

3186 C49.6 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes,  
3187 nicht näher bezeichnet

3188 C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbe-  
3189 reiche überlappend

3190 C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

- 3191 C76.4 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen:  
3192 Obere Extremität
- 3193 C76.5 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen:  
3194 Untere Extremität
- 3195 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
- 3196 Desmoidtumore kodiert mit:
- 3197 D48.1 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an Bindegewebe und anderen  
3198 Weichteilgeweben
- 3199 D48.2 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Periphere Nerven und auto-  
3200 nomes Nervensystem
- 3201 D48.3 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens am Retroperitoneum
- 3202 D48.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens am Peritoneum
- 3203 Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten mit bösartiger Neubildung des Bindegewe-  
3204ebes oder anderer Weichteile, unterschiedlicher Lokalisation über den unspezifischen ICD-  
320510-Kode C49.9 (zum Beispiel Stromatumoren/Sarkomen) eingeschlossen werden.
- 3206 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**
- 3207 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:
- 3208 **Diagnostik**
- 3209 – Allgemeine (zum Beispiel Elektrokardiogramm [EKG]) und spezielle (zum Beispiel transös-  
3210sophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiag-  
3211nostik
- 3212 – Anamnese
- 3213 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuk-  
3214learmedizinische Untersuchungen Endosonographie, Angiographie, Skelettszintigraphie)
- 3215 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 3216 – Körperliche Untersuchung
- 3217 – Laboruntersuchungen
- 3218 – Punktionen, Biopsien
- 3219 – Sentinel-Lymphknoten-Ektomie
- 3220 – Tumorstaging
- 3221 **Behandlung**
- 3222 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 3223 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel Zentralvenenkatheter [ZVK])
- 3224 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen  
3225 Eingriffen
- 3226 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3227 – Behandlung in Notfallsituationen
- 3228 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten  
3229 Behandlungsfolgen
- 3230 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 3231 – Einleitung einer Rehabilitation
- 3232 – Kleinchirurgische Eingriffe

- 3233 – Medikamentöse Tumorthérapien inklusive Infusionstherapie
- 3234 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 3235 – Planung von plastischen Rekonstruktionen und Prothese
- 3236 – Physikalische Therapie
- 3237 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3238 – Schmerztherapie
- 3239 – Strahlentherapie
- 3240 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 3241 – Transfusionen
- 3242 – Wundversorgung
- 3243 **Beratung**
- 3244 – zu Diagnostik und Behandlung
- 3245 – zu Geh- und Prothesentraining
- 3246 – zu Sporttherapie
- 3247 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 3248 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 3249 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3250 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 3251 – zu Rehabilitationsangeboten
- 3252 – zu Sexualität und Familienplanung
- 3253 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 3254 – zur Ernährung
- 3255 – zur Umschulung der Händigkeit
- 3256 Weitere spezifische Leistungen:
- 3257 – PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Neubildung des Binde-, Weichteil- oder
- 3258 Knochengewebes nach konventioneller Diagnostik (CT und/oder MRT, gegebenenfalls er-
- 3259 gänzt durch Skelettszintigraphie)
- 3260 - zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung
- 3261 - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- 3262 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Pa-
- 3263 tienten mit Knochen- und Weichteiltumoren unter tumorspezifischer Therapie (entspre-
- 3264 chend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- 3265 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tu-
- 3266 morthérapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Ver-
- 3267 einbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- 3268 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-
- 3269 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthérapie oder Strahlentherapie
- 3270 einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die
- 3271 Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu
- 3272 Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche
- 3273 Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 3274 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-
- 3275 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthérapie oder Strahlentherapie
- 3276 einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die
- 3277 Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungs-
- 3278 formen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

- 3279 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der  
3280 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- 3281 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
3282 nere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbil-  
3283 dung Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmi-  
3284 gung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä)  
3285 seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten  
3286 Behandlungsumfangs die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Ge-  
3287 nehmigung vorliegt.
- 3288 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
3289 beachten.
- 3290 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 3291 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 3292 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren erfolgt  
3293 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 3294 **a) Teamleitung**
- 3295 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
3296 – Orthopädie und Unfallchirurgie  
3297 – Strahlentherapie  
3298 – Allgemeinchirurgie oder  
3299 – Viszeralchirurgie
- 3300 **b) Kernteam**
- 3301 – Allgemeinchirurgie  
3302 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
3303 – Orthopädie und Unfallchirurgie  
3304 – Strahlentherapie  
3305 – Viszeralchirurgie
- 3306 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
3307 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Me-  
3308 dizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen  
3309 bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme  
3310 an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen  
3311 Vereinigung erteilt wurde.
- 3312 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 3313 – Anästhesiologie  
3314 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
3315 – Humangenetik  
3316 – Innere Medizin und Gastroenterologie  
3317 – Innere Medizin und Kardiologie  
3318 – Innere Medizin und Pneumologie  
3319 – Laboratoriumsmedizin  
3320 – Nuklearmedizin  
3321 – Pathologie  
3322 – Plastische, **Rekonstruktive und Ästhetische** Chirurgie

- 3323 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder  
 3324 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher  
 3325 Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene  
 3326 – Radiologie

3327 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
 3328 bildung Palliativmedizin verfügen.

### 3329 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3330 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

3331 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrich-  
 3332 tungen besteht:

- 3333 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonde-  
 3334 ren Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der  
 3335 Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 3336 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 3337 – Ergotherapie
- 3338 – Orthopädietechnikmechaniker
- 3339 – Physiotherapie
- 3340 – Referenzpathologie
- 3341 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
 3342 mit sozialen Beratungsangeboten

3343 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3344 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 3345 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- 3346 – Allgemeinchirurgie
- 3347 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 3348 – Orthopädie und Unfallchirurgie
- 3349 – Viszeralchirurgie

3350 Eine 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche  
 3351 bildgebende Diagnostik.

3352 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte  
 3353 Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen  
 3354 einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Er-  
 3355 fahrung vorzuweisen.

3356 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit ei-  
 3357 ner onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder  
 3358 Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des  
 3359 Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen,  
 3360 mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon  
 3361 sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die  
 3362 Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

3363 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentli-  
 3364 chen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

3365 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

- 3366 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und  
 3367 transfusionsmedizinische Behandlung gegebenenfalls auch für eine Behandlung am  
 3368 Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 3369 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten  
 3370 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 3371 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten  
 3372 Wirkstoffe erfolgt,
- 3373 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intra-  
 3374 venösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum  
 3375 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorge-  
 3376 halten werden,
- 3377 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen  
 3378 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Ver-  
 3379 fügung steht,
- 3380 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 3381 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
 3382 nen und Patienten bereitgehalten werden,
- 3383 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 3384 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 3385 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
 3386 mationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der  
 3387 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen  
 3388 zur Verfügung gestellt wird,
- 3389 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den  
 3390 Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

### 3391 **3.3 Dokumentation**

3392 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
 3393 sesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen  
 3394 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 3395 **3.4 Mindestmengen**

3396 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
 3397 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

3398 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 3399 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 3400 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 3401 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 3402 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das  
 3403 Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zu-  
 3404 sätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

3405 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
 3406 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten  
 3407 mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darun-  
 3408 ter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt

- 3409 werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behand-  
3410 lung nachweisen oder
- 3411 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
3412 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden  
3413 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,  
3414 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder  
3415 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.
- 3416 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
3417 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
3418 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
3419 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
3420 anzuziehen.
- 3421 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.
- 3422 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
3423 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
3424 tinnen und Patienten behandelt worden sein.
- 3425 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
3426 50 Prozent unterschritten werden.
- 3427 **4 Überweisungserfordernis**
- 3428 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
3429 handelnden Vertragsarzt.
- 3430 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
3431 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.
- 3432 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
3433 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
3434 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
- 3435 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss  
3436 eine gesicherte Diagnose vorliegen.
- 3437 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
3438 **1 Satz 3 der Richtlinie**
- 3439 **Präambel**
- 3440 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
3441 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
3442 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
3443 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
3444 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
3445 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren dieser  
3446 Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksich-  
3447 tigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähi-  
3448 gen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsaus-  
3449 schusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderun-  
3450 gen des Behandlungsumfanges.
- 3451 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
3452 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
3453 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
3454 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~

3455 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
3456 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
3457 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
3458 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
3459 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
3460 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

3461 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
3462 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

3463 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
3464 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
3465 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

3466 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
3467 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
3468 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

3469 [Appendix „Knochen- und Weichteiltumoren“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

3470

---

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

3471 **Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges**3472 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3473 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 3474 mit Tumoren des Auges ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Pri-  
 3475 märtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder  
 3476 systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder  
 3477 komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

3478 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges im Sinne der Richtlinie  
 3479 zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- 3480 C43.1 Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus  
 3481 C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend  
 3482 C44.8 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend  
 3483 C44.1 Bösartige Neubildung der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus  
 3484 C49.0 Bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Kopfes,  
 3485 des Gesichtes und des Halses  
 3486 Bindegewebe: Augenlid, Ohr  
 3487 C69.- Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde  
 3488 C72.3 Bösartige Neubildung des Nervus opticus [II. Hirnnerv]  
 3489 C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms:  
 3490 Primäres Bindehaut-Lymphom  
 3491 D03.1 Melanoma in situ des Augenlides, einschließlich Kanthus  
 3492 D04.1 Carcinoma in situ der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

3493 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

3494 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

3495 **Diagnostik**

- 3496 – Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG-Untersuchungen)  
 3497 – Anamnese  
 3498 – Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Ophthalmoskopie, binokulare Untersu-  
 3499 chung des (gesamten) Augenhintergrundes in Mydriasis, Schirmertest, Augeninnen-  
 3500 druckmessung, Prüfung der Tränenwege, Sehtests (Visusprüfung u.a.), Gonioskopie,  
 3501 Spaltlampenmikroskopie, Perimetrie)  
 3502 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer  
 3503 Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen, Fluoreszenzangio-  
 3504 graphie des Auges)  
 3505 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen  
 3506 – Körperliche Untersuchung  
 3507 – Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen)  
 3508 – Punktionen, Biopsien  
 3509 – Tumorstaging

- 3510 **Behandlung**
- 3511 – Auswahl, Anpassung und Prüfung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe
- 3512 (z.B. Kontaktlinsen) und therapeutischen Sehhilfen
- 3513 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 3514 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 3515 Eingriffen
- 3516 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3517 – Behandlung in Notfallsituationen
- 3518 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 3519 Behandlungsfolgen
- 3520 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 3521 – Einleitung einer Rehabilitation
- 3522 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 3523 – Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 3524 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 3525 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3526 – Schmerztherapie
- 3527 – Strahlentherapie
- 3528 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 3529 – Transfusionen
- 3530 – Wundversorgung
- 3531 **Beratung**
- 3532 – zu Diagnostik und Behandlung
- 3533 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch, insbesondere Sehhilfen, Blindenhilfs-
- 3534 mitteln und Prothesen
- 3535 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 3536 – zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum
- 3537 Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 3538 – zu Rehabilitationsangeboten
- 3539 – zu Sexualität und Familienplanung
- 3540 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 3541 – zur Ernährung
- 3542 Weitere spezifische Leistungen:
- 3543 – Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)
- 3544 – Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts
- 3545 – PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignen Tumoren des Auges bzw. der
- 3546 Augenangehörigen nach konventioneller Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall des Ab-
- 3547 domens, CT, MRT oder Skelettszintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ
- 3548 intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

- 3549 – PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei Merkel-Zell-  
 3550 Karzinom des Auges bzw. der Augenanhangsgebilde vor geplanter nuklearmedizinischer  
 3551 Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Soma-  
 3552 tostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- 3553 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Pa-  
 3554 tienten mit Tumoren des Auges unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kos-  
 3555 tenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 3556 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tu-  
 3557 mortherapie (entsprechend den Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Ver-  
 3558 einbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 3559 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-  
 3560 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie  
 3561 einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
 3562 Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu  
 3563 Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche  
 3564 Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 3565 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-  
 3566 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie  
 3567 einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
 3568 Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungs-  
 3569 formen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 3570 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 3571 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 3572 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für In-  
 3573 nere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere  
 3574 Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbrin-  
 3575 gung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen  
 3576 Vereinigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Lei-  
 3577 stungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.
- 3578 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 3579 beachten.

### 3580 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### 3581 **3.1 Personelle Anforderungen**

- 3582 - Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Auges erfolgt durch  
 3583 ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

##### 3584 **a) Teamleitung**

- 3585 - Augenheilkunde

3586 **b) Kernteam**

- 3587 - Augenheilkunde
- 3588 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 3589 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 3590 - Strahlentherapie

3591 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
 3592 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit  
 3593 dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum  
 3594 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der  
 3595 Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zustän-  
 3596 digen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

3597 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 3598 - Anästhesiologie
- 3599 - Innere Medizin und Kardiologie
- 3600 - Laboratoriumsmedizin
- 3601 - Nuklearmedizin
- 3602 - Pathologie
- 3603 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 3604 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztli-  
 3605 cher Psychotherapeut [oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Er-  
 3606 wachsene](#)
- 3607 - Radiologie

3608 Für die Hinzuziehenden sind folgende Fachärztinnen oder Fachärzte einzeln oder gemeinsam  
 3609 zu benennen:

- 3610 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 3611 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

3612 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
 3613 bildung Palliativmedizin verfügen.

3614 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3615 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

- 3616 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrich-  
 3617 tungen besteht:
  - 3618 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonde-  
 3619 ren Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der  
 3620 Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
  - 3621 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
  - 3622 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
 3623 mit sozialen Beratungsangeboten
  - 3624 – Ocularist

- 3625 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 3626 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
3627 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 3628 – Augenheilkunde
  - 3629 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
  - 3630 – Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 3631 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderli-  
3632 che bildgebende Diagnostik.
- 3633 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte  
3634 Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen  
3635 einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Er-  
3636 fahrung vorzuweisen.
- 3637 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit ei-  
3638 ner onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder  
3639 Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des  
3640 Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen,  
3641 mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon  
3642 sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die  
3643 Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- 3644 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentli-  
3645 chen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- 3646 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 3647 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und  
3648 transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochen-  
3649 ende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 3650 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten  
3651 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 3652 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten  
3653 Wirkstoffe erfolgt,
- 3654 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intra-  
3655 venösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum  
3656 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorge-  
3657 halten werden,
- 3658 k) eine Mikrobiologie,
- 3659 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
3660 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
3661 nen und Patienten bereitgehalten werden,
- 3662 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 3663 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 3664 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
3665 mationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der

3666 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen  
3667 zur Verfügung gestellt wird,

3668 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den  
3669 Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

### 3670 **3.3 Dokumentation**

3671 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
3672 sesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen  
3673 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 3674 **3.4 Mindestmengen**

3675 Das Kernteam muss mindestens zehn Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkre-  
3676 tisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behan-  
3677 deln.

3678 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
3679 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
3680 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
3681 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
3682 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das  
3683 Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zu-  
3684 sätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

3685 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und  
3686 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten  
3687 mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darun-  
3688 ter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt  
3689 werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behand-  
3690 lung nachweisen oder

3691 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams  
3692 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden  
3693 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,  
3694 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder  
3695 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

3696 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die  
3697 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Ver-  
3698 sorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform  
3699 behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, her-  
3700 anzuziehen.

3701 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

3702 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
3703 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
3704 tinnen und Patienten behandelt worden sein.

3705 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
3706 50 Prozent unterschritten werden.

3707 **4 Überweisungserfordernis**

3708 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
3709 handelnden Vertragsarzt.

3710 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
3711 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

3712 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
3713 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
3714 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

3715 Die Überweisung kann auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss innerhalb von  
3716 einem Quartal in eine gesicherte Diagnose überführt werden.

3717 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
3718 **1 Satz 3 der Richtlinie**

3719 **Präambel**

3720 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
3721 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
3722 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
3723 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
3724 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
3725 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges dieser Richtlinie be-  
3726 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
3727 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
3728 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
3729 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
3730 handlungsumfanges.

3731 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
3732 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
3733 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
3734 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
3735 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
3736 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
3737 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
3738 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
3739 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
3740 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

3741 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
3742 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

3743 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
3744 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
3745 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

3746 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
3747 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
3748 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

3749 [Appendix „Tumoren des Auges“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)  
3750

---

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

3751 **Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Er-**  
 3752 **krankungen der Blutbildung**

3753 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3754 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 3755 mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
 3756 Blutbildung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen eine Strahlentherapie und/oder  
 3757 systemische medikamentöse Tumorthherapie oder eine regelmäßige Transfusion von Eryth-  
 3758 rozyten- oder Thrombozytenkonzentraten oder eine andere krankheitsspezifische systemi-  
 3759 sche medikamentöse Therapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Ver-  
 3760 sorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

3761 Die Konkretisierung umfasst des Weiteren die Betreuung von Patientinnen und Patienten,  
 3762 die wegen eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes eine Therapie er-  
 3763 halten haben und an einer Langzeitkomplikation/Spättoxizität leiden.

3764 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden  
 3765 Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung im Sinne der Richtlinie zählen Patien-  
 3766 tinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3767 C81.- Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]

3768 C82.- Follikuläres Lymphom

3769 C83.- Nicht follikuläres Lymphom

3770 C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome

3771 C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms

3772 C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome

3773 C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

3774 C90.- Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen

3775 C91.- Lymphatische Leukämie

3776 C92.- Myeloische Leukämie

3777 C93.- Monozytenleukämie

3778 C94.- Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps

3779 C95.- Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps

3780 C96.- Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen,  
 3781 blutbildenden und verwandten Gewebes

3782 D45 Polycythaemia vera

3783 D46.- Myelodysplastische Syndrome

3784 D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen,  
 3785 blutbildenden und verwandten Gewebes

3786 D55.- Anämie durch Enzymdefekte

3787 D56.0 Alpha- Thalassämie

3788 D56.1 Beta-Thalassämie

3789 D56.2 Delta-Beta-Thalassämie

3790 D56.8 Sonstige Thalassämien

- 3791 D57.- Sichelzellenkrankheiten
- 3792 E85.9 Amyloidose, nicht näher bezeichnet (Leichtketten-Amyloidose)
- 3793 **nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der**  
 3794 **Hämatopoese:**
- 3795 D59.- Erworbene hämolytische Anämien
- 3796 D60.- Erworbene isolierte aplastische Anämie [Erythroblastopenie] [pure red cell ap-  
 3797 lasia]
- 3798 D61.- Sonstige aplastische Anämien
- 3799 D64.- sonstige Anämien
- 3800 **nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten**  
 3801 **Thrombozytenwerten:**
- 3802 D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- 3803 D69.4- Sonstige primäre Thrombozytopenie
- 3804 D69.6- Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
- 3805 **nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik:**
- 3806 D70.- Agranulozytose und Neutropenie
- 3807 D71 Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten
- 3808 D72.0 Genetisch bedingte Leukozytenanomalien
- 3809 Bei Langzeitkomplikation/Spättoxizität ist der behandelte Tumor des lymphatischen oder blut-  
 3810 bildenden Gewebes als „Zustand nach“ zu dokumentieren.
- 3811 Diese Anlage umfasst nicht die Nachbehandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen  
 3812 der allogenen Stammzelltransplantation.
- 3813 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**
- 3814 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:
- 3815 **Diagnostik**
- 3816 – Allgemeine und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- 3817 – Anamnese
- 3818 – Beratung, Behandlungsplanung und Therapiekontrolle
- 3819 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuk-  
 3820 learmedizinische Untersuchungen (wie zum Beispiel FDG-PET; FDG-PET/CT als Staging-Un-  
 3821 tersuchung beim Hodgkin-Lymphom und als initiales Staging bei aggressiven Non-Ho-  
 3822 dgkin-Lymphomen))
- 3823 – Endoskopische Diagnostik
- 3824 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 3825 – Immunphänotypisierung
- 3826 – Körperliche Untersuchung
- 3827 – Laboruntersuchungen (zum Beispiel HLA-Typisierung)

- 3828 – Punktionen unter anderem Knochenmark, Biopsien
- 3829 – Tumorstaging
- 3830 – Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation, Gentherapie
- 3831 **Behandlung**
- 3832 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 3833 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 3834 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 3835
- 3836 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3837 – Behandlung in Notfallsituationen
- 3838 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 3839 – Behandlungsfolgen
- 3840 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 3841 – Einleitung einer Rehabilitation
- 3842 – Intrathekale Therapie
- 3843 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 3844 – Medikamentöse Therapien (inklusive Infusionstherapie und Immunsuppressive Therapie)
- 3845 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 3846 – Physikalische Therapie
- 3847 – Photochemotherapie (PUVA)
- 3848 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3849 – Schmerztherapie
- 3850 – Strahlentherapie
- 3851 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 3852 – Transfusionen
- 3853 – Wundversorgung
- 3854 **Beratung**
- 3855 – zu Beratung und Betreuung zur sozialen Integration
- 3856 – zu Diagnostik und Behandlung
- 3857 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 3858 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 3859 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3860 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 3861 – zu Rehabilitationsangeboten
- 3862 – zu risikoadaptierte Nachsorge
- 3863 – zu Sexualität und Familienplanung

- 3864 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 3865 – zur Ernährung
- 3866 Weitere spezifische Leistungen:
- 3867 – PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei malignen Lymphomen oder extramedullären  
3868 Leukämieherden zur Therapieplanung
- 3869 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Pa-  
3870 tienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankun-  
3871 gen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpau-  
3872 schale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 3873 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tu-  
3874 mortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Ver-  
3875 einbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 3876 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-  
3877 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie  
3878 einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
3879 Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu  
3880 Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche  
3881 Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 3882 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-  
3883 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie  
3884 einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
3885 Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungs-  
3886 formen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 3887 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
3888 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 3889 Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und  
3890 Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine  
3891 entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der On-  
3892 kologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde,  
3893 können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Ge-  
3894 nehmigung vorliegt.
- 3895 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu be-  
3896 achten.
- 3897 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 3898 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 3899 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden  
3900 Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung erfolgt durch ein interdisziplinäres  
3901 Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 3902 **a) Teamleitung**
- 3903 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 3904 **b) Kernteam**
- 3905 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

3906 – Strahlentherapie

3907 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
 3908 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere  
 3909 Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, de-  
 3910 nen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teil-  
 3911 nahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) sei-  
 3912 tens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

3913 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

3914 – Allgemein- und/oder Viszeralchirurgie

3915 – Anästhesiologie

3916 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

3917 – Haut- und Geschlechtskrankheiten

**KBV, PatV, DKG**

– Humangenetik, spätestens ab [einsetzen: Datum des ersten Tages  
 des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]

**GKV-SV**

[keine Aufnahme]

3918 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

3919 – Innere Medizin und Gastroenterologie

3920 – Innere Medizin und Kardiologie

3921 – Innere Medizin und Nephrologie

3922 – Laboratoriumsmedizin

3923 – Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

3924 – Neurologie

3925 – Nuklearmedizin

3926 – Pathologie

3927 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder  
 3928 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher  
 3929 Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwach-  
 3930 sene

3931 – Radiologie

3932 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurochirurgie benannt werden.

3933 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Transfusionsmedizin benannt werden.

3934 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiter-  
 3935 bildung Palliativmedizin verfügen.

3936 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3937 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

3938 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrich-  
 3939 tungen besteht:

3940 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonde-  
 3941 ren Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der

- 3942 Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 3943 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 3944 – Physiotherapie
- 3945 – Referenzpathologie
- 3946 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
3947 mit sozialen Beratungsangeboten
- 3948 – Zahnheilkunde
- 3949 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 3950 b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
- 3951 – Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im  
3952 ASV-Team vorhanden ist
- 3953 Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
- 3954 c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
3955 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 3956 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 3957 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderli-  
3958 che bildgebende Diagnostik.
- 3959 d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte mehrheitlich eine  
3960 staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. So-  
3961 fern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die  
3962 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- 3963 e) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit ei-  
3964 ner onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder  
3965 Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des  
3966 Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen,  
3967 mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon  
3968 sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die  
3969 Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- 3970 f) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentli-  
3971 chen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- 3972 g) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 3973 h) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und  
3974 transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am  
3975 Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 3976 i) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten  
3977 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 3978 j) infektiöse Patientinnen und Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu ande-  
3979 ren Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können,
- 3980 k) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten  
3981 Wirkstoffe erfolgt,
- 3982 l) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intra-  
3983 venösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum  
3984 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorge-  
3985 halten werden,

- 3986 m) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 3987 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
 3988 nen und Patienten bereitgehalten werden,
- 3989 n) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 3990 o) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 3991 p) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
 3992 mationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der  
 3993 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen  
 3994 zur Verfügung gestellt wird,
- 3995 q) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den  
 3996 Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

### 3997 **3.3 Dokumentation**

3998 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
 3999 sesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich  
 4000 des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 4001 **3.4 Mindestmengen**

4002 Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
 4003 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

4004 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 4005 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 4006 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 4007 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 4008 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das  
 4009 Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zu-  
 4010 sätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

4011 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onko-  
 4012 logie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden  
 4013 oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen  
 4014 und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit in-  
 4015 travenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

4016 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15) ist die Summe aller im  
 4017 Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach  
 4018 § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten  
 4019 Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

4020 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

4021 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 4022 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
 4023 tinnen und Patienten behandelt worden sein.

4024 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
 4025 50 Prozent unterschritten werden.

### 4026 **4 Überweisungserfordernis**

4027 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
 4028 handelnden Vertragsarzt.

4029 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
4030 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

4031 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Langzeitkomplikation/Spättoxizität erfolgen bei  
4032 Patientinnen bzw. Patienten, die wegen einer der unter 1 Konkretisierung aufgeführten Tu-  
4033 mordiagnosen behandelt worden sind.

4034 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
4035 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
4036 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

4037 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss  
4038 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

4039 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
4040 **1 Satz 3 der Richtlinie**

4041 **Präambel**

4042 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
4043 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
4044 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss [*einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach §*  
4045 *5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 17. Juli 2025 umgesetzt wurde*] die abrech-  
4046 nungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungs-  
4047 maßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden  
4048 Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfol-  
4049 gende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des  
4050 ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztli-  
4051 chen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1  
4052 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

4053 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
4054 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
4055 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
4056 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
4057 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
4058 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
4059 ~~30. Juni 2024 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024.~~

4060 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
4061 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

4062 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
4063 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
4064 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

4065 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
4066 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
4067 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

4068 **Appendix „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankun-**  
4069 **gen der Blutbildung“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\***

4070 b) rheumatologische Erkrankungen

---

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

4071 **Teil 1: Erwachsene**4072 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

4073 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik von Patientinnen und Patienten ab dem vollende-  
 4074 ten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer rheumatologi-  
 4075 schen Erkrankung sowie deren Behandlung, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkran-  
 4076 kung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder  
 4077 Ausstattung benötigen.

4078 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne  
 4079 der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- 4080 D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
- 4081 D68.6 Sonstige Thrombophilien
- 4082 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- 4083 D69.0 Purpura anaphylactoides
- 4084 D86.0 Sarkoidose der Lunge
- 4085 D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- 4086 D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- 4087 D86.3 Sarkoidose der Haut
- 4088 D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-\*
- 4089 D89.1 Kryoglobulinämie
- 4090 E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- 4091 H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- 4092 I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- 4093 I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- 4094 M01.2-\* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
- 4095 M02.1- Postenteritische Arthritis
- 4096 M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- 4097 M05.- Seropositive chronische Polyarthritiden
- 4098 M06.0- Seronegative chronische Polyarthritiden
- 4099 M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- 4100 M07.1-\* Arthritis mutilans (L40.5†)
- 4101 M07.2\* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
- 4102 M07.3-\* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
- 4103 M08.- Juvenile Arthritis
- 4104 M09.-\* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- 4105 M11.- sonstige Kristall-Arthropathien

- 4106 M13.- Sonstige Arthritis
- 4107 M14.8-\* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krank-
- 4108 heiten in Verbindung mit D86.8
- 4109 M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
- 4110 M31.3 Granulomatose mit Polyangiitis
- 4111 M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- 4112 M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
- 4113 M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis
- 4114 M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- 4115 M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- 4116 M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- 4117 M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- 4118 M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- 4119 M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- 4120 M33.2 Polymyositis
- 4121 M34.- Systemische Sklerose
- 4122 M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- 4123 M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- 4124 M35.2 Behçet-Krankheit
- 4125 M35.3 Polymyalgia rheumatica
- 4126 M35.4 Eosinophile Fasziitis
- 4127 M35.6 Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]
- 4128 M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- 4129 M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- 4130 M36.0\* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†)
- 4131 M45.0- Spondylitis ankylosans
- 4132 M46.8- Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien
- 4133 M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- 4134 M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis
- 4135 M94.1 Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis]
- 4136 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**
- 4137 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

4138 **Diagnostik**

- 4139 - Allgemeine (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle Herz-
- 4140 funktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie, Herzkatheter-
- 4141 untersuchung)
- 4142 - Anamnese
- 4143 - Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z. B. Augendruckbestimmung, Augenhin-
- 4144 tergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränen-
- 4145 flüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- 4146 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angio-
- 4147 graphie, Osteodensitometrie)
- 4148 - Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- 4149 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 4150 - HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie, ~~Endoskopie der Nasennebenhö-~~
- 4151 ~~len~~)
- 4152 - Humangenetische Untersuchungen
- 4153 - Intracutantest (Tuberkulintest)
- 4154 - Kapillarmikroskopie
- 4155 - Körperliche Untersuchung
- 4156 - Laboruntersuchungen (z. B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse) ein-
- 4157 schließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörperbestimmung, humorale
- 4158 und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- 4159 - Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 4160 Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- 4161 - Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG)
- 4162 - Nierenfunktionsdiagnostik
- 4163 - Pulmonale Funktionsdiagnostik

4164 **Behandlung**

- 4165 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 4166 - Behandlung in Notfallsituationen
- 4167 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-
- 4168 ten Behandlungsfolgen
- 4169 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 4170 - Einleitung der Rehabilitation
- 4171 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 4172 - Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- 4173 - Physikalische Therapie
- 4174 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 4175 - Radiosynoviorthesen
- 4176 - Schmerztherapie
- 4177 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 4178 - Transfusion von Blutkomponenten
- 4179 - UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

4180 **Beratung**

- 4181 - zu Diagnostik und Behandlung
- 4182 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch

- 4183 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 4184 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 4185 - zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- 4186 - zu Rehabilitationsangeboten
- 4187 - zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- 4188 - zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises ergänzt werden
- 4189
- 4190 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 4191 - zur Ernährung

4192 Weitere spezifische Leistungen:

- 4193 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht
- 4194 auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diag-
- 4195 nostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Be-
- 4196 funde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz
- 4197 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
- 4198 bei Patientinnen und Patienten mit anti-TIF1 $\gamma$ -oder NXP2- Antikörper-positiver Dermato-
- 4199 myositis bei Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr und Vorliegen mindestens eines
- 4200 weiteren Hochrisikofaktors zum Tumorausschluss bei Erkrankungsbeginn bis 3 Jahre nach
- 4201 Erkrankungsbeginn
- 4202 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-
- 4203 PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie
- 4204 Ga-68-DOTA-NOC als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardi-
- 4205 alen bildgebenden Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist
- 4206 - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen
- 4207 kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-
- 4208 EKG,
- 4209 - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und Ver-
- 4210 dacht auf Sarkoidose
- 4211 - Vorbereitung und Durchführung eines strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifi-
- 4212 schen und publizierten Schulungsprogramms für Patienten mit Rheumatoider Arthri-
- 4213 tis

### 4214 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### 4215 **3.1 Personelle Anforderungen**

4216 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt

4217 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

##### 4218 **a) Teamleitung**

- 4219 - Innere Medizin und Rheumatologie

##### 4220 **b) Kernteam**

- 4221 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 4222 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 4223 - Innere Medizin und Nephrologie
- 4224 - Innere Medizin und Pneumologie
- 4225 - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumato-
- 4226 logie

4227 Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit  
 4228 Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem  
 4229 für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- 4230 - kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- 4231 - dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Mo-  
 4232 naten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation  
 4233 bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbil-  
 4234 dung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

4235 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 4236 - Augenheilkunde
- 4237 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 4238 - Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestäti-  
 4239 gung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber
- 4240 - Innere Medizin und Angiologie
- 4241 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 4242 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 4243 - Innere Medizin und Kardiologie
- 4244 - Laboratoriumsmedizin
- 4245 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- 4246 - Neurologie
- 4247 - Nuklearmedizin
- 4248 - Pathologie
- 4249 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 4250 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 4251 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
 4252 für Erwachsene
- 4253 - Radiologie

4254 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

4255 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

- 4256 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 4257 richtungen besteht:
- 4258 - Physiotherapie
  - 4259 - Ergotherapie
  - 4260 - Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
  - 4261 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
 4262 mit sozialen Beratungsangeboten

4263 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- 4264 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des je-  
 4265 weiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Kranken-  
 4266 haus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die  
 4267 jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich zu nennen.

4268 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erfor-  
 4269 derliche bildgebende Diagnostik.

- 4270 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

4271 d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und  
4272 zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

### 4273 3.3 Dokumentation

4274 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
4275 sesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich  
4276 des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 4277 3.4 Mindestmengen

4278 Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
4279 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

4280 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
4281 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
4282 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
4283 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
4284 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

4285 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

4286 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
4287 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
4288 tinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ers-  
4289 ten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

## 4290 4 Überweisungserfordernis

4291 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
4292 handelnden Vertragsarzt.

4293 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
4294 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

4295 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
4296 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
4297 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
4298 dernis.

4299 Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Über-  
4300 weisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine  
4301 Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:

- 4302 1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minu-  
4303 ten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
- 4304 2. Körperlicher Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestatio-  
4305 nen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
- 4306 3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische An-  
4307 tikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und
- 4308 4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).

4309 Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte  
4310 Diagnose überführt sein.

4311 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
 4312 **1 Satz 3 der Richtlinie**

4313 **Präambel**

4314 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 4315 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 4316 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom ~~[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach~~  
 4317 ~~§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]~~ die ab-  
 4318 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 4319 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene die-  
 4320 ser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berück-  
 4321 sichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungs-  
 4322 fähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungs-  
 4323 ausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Ände-  
 4324 rungen des Behandlungsumfanges.

~~4325 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
 4326 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
 4327 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
 4328 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
 4329 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
 4330 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
 4331 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
 4332 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
 4333 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
 4334 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

~~4335 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
 4336 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

~~4337 Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu rheumatologischen Speziallaborleistungen.~~

~~4338 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
 4339 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
 4340 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

~~4341 Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
 4342 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
 4343 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

4344 [Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-](#)  
 4345 [RL\\*](#)

---

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

4346 **Teil 2: Kinder und Jugendliche**4347 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

4348 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
4349 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen rheu-  
4350 matologischer Erkrankungen.

4351 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne  
4352 der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

4353 D68.6 Sonstige Thrombophilien

4354 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

4355 D69.0 Purpura anaphylactoides

4356 D86.0 Sarkoidose der Lunge

4357 D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten

4358 D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten

4359 D86.3 Sarkoidose der Haut

4360 D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-\*

4361 E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose

4362 H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet

4363 I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung

4364 I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

4365 L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme

4366 M01.2-\* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)

4367 M02.1- Postenteritische Arthritis

4368 M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

4369 M05.- Seropositive chronische Polyarthritiden

4370 M06.0- Seronegative chronische Polyarthritiden

4371 M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit

4372 M07.1-\* Arthritis mutilans (L40.5†)

4373 M07.2\* Spondylitis psoriatica (L40.5†)

4374 M07.3-\* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)

4375 M08.- Juvenile Arthritis

4376 M09.-\* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

4377 M13.- Sonstige Arthritis

4378 M14.8-\* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krank-  
4379 heiten in Verbindung mit D86.8

- 4380 M30.0 Panarteriitis nodosa
- 4381 M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
- 4382 M30.2 Juvenile Panarteriitis
- 4383 M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]
- 4384 M31.3 Granulomatose mit Polyangiitis
- 4385 M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- 4386 M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- 4387 M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- 4388 M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- 4389 M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- 4390 M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- 4391 M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- 4392 M33.2 Polymyositis
- 4393 M34.- Systemische Sklerose
- 4394 M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- 4395 M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- 4396 M35.2 Behçet-Krankheit
- 4397 M35.4 Eosinophile Fasziitis
- 4398 M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- 4399 M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- 4400 M45.0- Spondylitis ankylosans
- 4401 M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- 4402 M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis
- 4403 **2 Behandlungsumfang**
- 4404 Es gilt der im Teil 1 Erwachsene geregelte Behandlungsumfang, soweit diese Prozeduren bei
- 4405 Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.
- 4406 Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum
- 4407 Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.
- 4408 Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:
- 4409 - Humangenetische Untersuchungen
- 4410 - Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen
- 4411 Integration.
- 4412 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 4413 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 4414 Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt
- 4415 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

## 4416 a) Teamleitung

- 4417 - Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt** ~~der Zusatz-Weiterbildung~~ Kinder- und  
4418 Jugend-Rheumatologie

## 4419 b) Kernteam

- 4420 - Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt** ~~der Zusatz-Weiterbildung~~ Kinder- und  
4421 Jugend-Rheumatologie  
4422 - Augenheilkunde  
4423 - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumato-  
4424 logie

4425 Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit  
4426 Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem  
4427 für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- 4428 - kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder  
4429 - dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Mo-  
4430 naten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation  
4431 bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbil-  
4432 dung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

## 4433 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- 4434 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
4435 - Haut- und Geschlechtskrankheiten  
4436 - Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestäti-  
4437 gung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-  
4438 Syndrom  
4439 - Innere Medizin und Angiologie  
4440 - Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwer-**  
4441 **punkt** ~~Zusatz-Weiterbildung~~ Kinder- und Jugend-Gastroenterologie  
4442 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit  
4443 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie  
4444 - Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt  
4445 Kinder- und Jugend-Kardiologie  
4446 - Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt**  
4447 ~~Zusatz-Weiterbildung~~ Kinder- und Jugend-Nephrologie  
4448 - Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt**  
4449 ~~Zusatz-Weiterbildung~~ Kinder- und Jugend-Pneumologie  
4450 - Laboratoriumsmedizin  
4451 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie  
4452 - Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie  
4453 - Pathologie  
4454 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
4455 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
4456 Ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
4457 oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsy-  
4458 chotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwach-**  
4459 **sene oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugend-**  
4460 **liche**

4461 - Radiologie

4462 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

4463 Es gelten die im Teil 1 Erwachsene geregelten Anforderungen.

4464 Abweichend von Teil 1 Erwachsene ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur  
4465 Sorge zu tragen, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Koopera-  
4466 tion des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine Abteilung für  
4467 Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Pati-  
4468 entin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.

4469 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche  
4470 bildgebende Diagnostik.

4471 **3.3 Dokumentation**

4472 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagn-  
4473 sesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich  
4474 des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

4475 **3.4 Mindestmengen**

4476 Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

4477 **4 Überweisungserfordernis**

4478 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
4479 handelnden Vertragsarzt.

4480 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

4481 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
4482 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
4483 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
4484 dernis.

4485 Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch  
4486 innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

4487 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
4488 **1 Satz 3 der Richtlinie**

4489 **Präambel**

4490 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
4491 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
4492 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
4493 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
4494 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
4495 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Ju-  
4496 gendliche dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert  
4497 unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den  
4498 abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des  
4499 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser  
4500 Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

- 4501 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
4502 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
4503 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
4504 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
4505 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
4506 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
4507 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
4508 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
4509 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
4510 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 4511 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
4512 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
4513 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 4514 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich regel-~~  
4515 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
4516 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~
- 4517 [Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“ gemäß § 5 Absatz 1](#)  
4518 [Satz 3 ASV-RL\\*](#)  
4519

---

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

4520 **c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**4521 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

4522 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
4523 mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

4524 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen  
4525 im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

4526 K50.- Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]

4527 K51.- Colitis ulcerosa

4528 K52.3- Colitis indeterminata

**PatV, DKG**

K52.8 Sonstige näher bezeichneten nichtinfektiösen Gastro-  
enteritis und Kolitis (nur Mikroskopische Kolitis)

**GKV-SV [prüft], KBV**

[keine Aufnahme]

4529 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

4530 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

4531 **Diagnostik**

4532 – Anamnese

4533 – Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Augendruckbestimmung, Augen-  
4534 hintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränen-  
4535 flüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)

4536 – Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall einschließlich, endosonographischer  
4537 Verfahren, Röntgen, Sonografie, MRT-/Röntgen-Sellink)

4538 – Dermatologische Diagnostik

4539 – Diagnostik der Kontinenzleistung

4540 – Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum  
4541 Beispiel endoskopische Bougierung, Punktionen und Biopsien), **Chromoendoskopie oder**  
4542 **hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskolo-**  
4543 **skopie**

4544 – Körperliche Untersuchung

4545 – Laboruntersuchungen (inklusive Stuhluntersuchungen)

4546 – Punktionen, Biopsien, Histopathologische Untersuchungen

4547 **Behandlung**

4548 – Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten

4549 – Behandlungsplanung (einschließlich), -durchführung und -kontrolle,

4550 – Behandlung in Notfallsituationen

4551 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und unerwünschten Behand-  
4552 lungsfolgen

4553 – Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter und Pouch

4554 – Einleitung der Rehabilitation

4555 – Endoskopische Dilatation von Stenosen

- 4556 – Kleinchirurgische Eingriffe, gegebenenfalls OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 4557 – Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 4558 Eingriffen
- 4559 – Einleitung, Überprüfung und Anpassung einer enteralen oder parenteralen Ernährung
- 4560 – Medikamentöse Therapien einschließlich Infusionstherapien
- 4561 – Physikalische Therapie
- 4562 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 4563 – Schmerztherapie
- 4564 – Therapie von Stuhlinkontinenz
- 4565 – Wundversorgung
- 4566 **Beratung**
- 4567 – zu Diagnostik und Behandlung
- 4568 – zu Ernährung
- 4569 – zu Heilmitteln
- 4570 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch (insbesondere Stoma- und Inkontinenz-
- 4571 versorgung)
- 4572 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 4573 – zur operativen Versorgung
- 4574 – zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- 4575 – zu Rehabilitationsangeboten
- 4576 – zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- 4577 – zur psychotherapeutischen Versorgung
- 4578 – zu Verhalten in Notfallsituationen
- 4579 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 4580 Weitere spezifische Leistungen:
- 4581 – Kapselendoskopie Dünndarm
- 4582 – wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-Gastro-Duodenoskopie,
- 4583 vollständige Koloskopie – sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT
- 4584 und Darmsonographie weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus
- 4585 Crohn mit Dünndarmbefall besteht.
- 4586 – zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
- 4587 – zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen
- 4588 – bei chronisch aktiven Verlaufsformen
- 4589 – bei sekundärem Therapieversagen
- 4590 – bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf
- 4591 – Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)
- 4592 – zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
- 4593 – bei unklarer Blutung bei vorherigem Ausschluss einer Blutungsquelle im oberen
- 4594 oder unteren Gastrointestinaltrakt
- 4595 – ~~Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchfüh-~~
- 4596 ~~rung der Überwachungskoloskopie~~

4597 – Pouchoskopie

### 4598 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### 4599 **3.1 Personelle Anforderungen**

4600 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankun-  
4601 gen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

#### 4602 **a) Teamleitung**

4603 - Innere Medizin und Gastroenterologie

4604 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin oder  
4605 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder-  
4606 und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.

#### 4607 **b) Kernteam**

4608 - Innere Medizin und Gastroenterologie

4609 - Viszeralchirurgie

4610 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
4611 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Ju-  
4612 gend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder-  
4613 und Jugendmedizin mit **dem** der genannten **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** verfügbar ist,  
4614 ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

4615 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie benannt  
4616 werden.

4617 Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungser-  
4618 bringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Ko-  
4619 operationsvereinbarung vertreten sein. Die Vorgaben des § 10 der Richtlinie gelten entspre-  
4620 chend.

4621 **Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin**  
4622 **und Gastroenterologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen bis zum**  
4623 **31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gast-**  
4624 **roenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt**  
4625 **wurde.**

#### 4626 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

4627 - Augenheilkunde

4628 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

4629 - Haut- und Geschlechtskrankheiten

4630 - Innere Medizin und Rheumatologie

4631 - Laboratoriumsmedizin

4632 - Pathologie

4633 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
4634 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztli-  
4635 cher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Er-**  
4636 **wachsene**

4637 - Radiologie

4638 - Urologie

4639 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
 4640 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
 4641 gendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder eine**  
 4642 **Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** oder eine  
 4643 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiter-**  
 4644 **bildung** Kinder- und Jugend-Rheumatologie als Teammitglied benannt werden.

### 4645 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

4646 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

4647 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtun-  
 4648 gen besteht:

- 4649 - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege,
- 4650 - Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (zum Beispiel Diätassisten-
- 4651 ten),
- 4652 - Kontinenztherapie,
- 4653 - Physikalische Therapie,
- 4654 - Selbsthilfe,
- 4655 - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 4656 mit sozialen Beratungsangeboten,
- 4657 - Stomatherapie

4658 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

4659 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer  
 4660 bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- 4661 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 4662 - Viszeralchirurgie

4663 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderli-  
 4664 che bildgebende und endoskopische Diagnostik.

4665 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

4666 d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und ziel-  
 4667 gruppenspezifischen Schulungsprogramm bestehen

### 4668 **3.3 Dokumentation**

4669 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 4670 chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive  
 4671 des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit sowie die Behandlungsmaßnahmen sowie die ver-  
 4672 anlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages zu dokumentieren.

### 4673 **3.4 Mindestmengen**

4674 Das Kernteam muss mindestens 100 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
 4675 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

4676 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 4677 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 4678 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 4679 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 4680 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

4681 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen. In  
 4682 den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 4683 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
 4684 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
 4685 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

#### 4686 **4 Überweisungserfordernis**

4687 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
 4688 handelnden Vertragsarzt.

4689 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
 4690 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

4691 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
 4692 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
 4693 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

4694 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss  
 4695 eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose  
 4696 ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesi-  
 4697 cherte Diagnose überführt sein.

#### 4698 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz** 4699 **1 Satz 3 der Richtlinie**

##### 4700 **Präambel**

4701 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 4702 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 4703 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 4704 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 4705 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 4706 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Chronisch entzündliche Darmerkrankungen dieser Richt-  
 4707 linie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung  
 4708 dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen am-  
 4709 bulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
 4710 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
 4711 Behandlungsumfanges.

4712 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
 4713 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
 4714 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
 4715 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
 4716 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
 4717 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
 4718 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
 4719 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
 4720 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
 4721 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

4722 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
 4723 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

- 4724 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
4725 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
4726 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 4727 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich-regel-  
4728 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
4729 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.
- 4730 [Appendix „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)  
4731

---

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

4732 **Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsver-**  
4733 **läufen**

4734

4735 a) **Multiple Sklerose**4736 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

4737 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
4738 mit Multipler Sklerose, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.  
4739

4740 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose im Sinne der Richtlinie zählen  
4741 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

4742 G35.- Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]

4743 G36.- Sonstige akute disseminierte Demyelinisation

4744 G37.- Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

4745 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

4746 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

4747 **Diagnostik**

4748 – Allgemeine (zum Beispiel Elektrokardiogramm [EKG]) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG) Herzfunktionsdiagnostik  
4749  
4750

4751 – Anamnese

4752 – Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Gesichtsfeld- und Augenhintergrunduntersuchung)  
4753

4754 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)

4755 – Körperliche Untersuchung

4756 – Laboruntersuchungen

4757 – Liquoruntersuchung

4758 – Neurologische Untersuchung

4759 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel Elektroenzephalogramm [EEG], Elektromyographie [EMG], Elektroneurographie [ENG], evozierte Potenziale)  
4760

4761 – Neuropsychologische Untersuchungen

4762 – Psychiatrische Untersuchung

4763 – Schluckdiagnostik

4764 – Urologische Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Restharnbestimmung, Urodynamik)

4765 **Behandlung**

4766 – Anlage von Blasenkathetern

4767 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten

4768 – Behandlung in Notfallsituationen

4769 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten  
4770 Behandlungsfolgen

4771 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

4772 – Einleitung einer Rehabilitation

4773 – Kleinchirurgische Eingriffe

4774 – Medikamentöse Therapien inklusive Injektionen, Infusionstherapien, intrathekale Pumpenversorgung  
4775

- 4776 – Physikalische Therapie
- 4777 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 4778 – Schmerztherapie
- 4779 – Wundversorgung
- 4780 **Beratung**
- 4781 – zur sozialen Integration
- 4782 – zu Diagnostik und Behandlung
- 4783 – zu Heilmitteln
- 4784 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 4785 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 4786 – zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 4787 – zu Rehabilitationsangeboten
- 4788 – zu Sexualität und Familienplanung
- 4789 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 4790 – zur Ernährung
- 4791 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 4792 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 4793 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 4794
- 4795 **a) Teamleitung**
- 4796 – Neurologie
- 4797 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
- 4798 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.
- 4799
- 4800 **b) Kernteam**
- 4801 – Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie
- 4802 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-
- 4803 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen. Falls
- 4804 keine Fachärztin oder kein Facharzt mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie verfügbar ist, ist
- 4805 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
- 4806 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 4807 – Augenheilkunde
- 4808 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 4809 – Innere Medizin und Kardiologie
- 4810 – Laboratoriumsmedizin
- 4811 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 4812 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 4813 Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- 4814 – Radiologie
- 4815 – Urologie
- 4816 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradi-
- 4817 ologie benannt werden.

4818 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
 4819 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
 4820 gendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder eine**  
 4821 **Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** oder eine  
 4822 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Ju-  
 4823 gend-Kardiologie als Teammitglied benannt werden.

### 4824 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

4825 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

4826 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrich-  
 4827 tungen besteht:

- 4828 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege
- 4829 – Ergotherapie
- 4830 – Logopädie
- 4831 – Physiotherapie
- 4832 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 4833 mit sozialen Beratungsangeboten

4834 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

4835 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 4836 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- 4837 – Neurologie

4838 c) Notfallpläne (SOP [standard operating procedures]) und für Reanimation und sonstige  
 4839 Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung  
 4840 von Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden

4841 d) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht

### 4842 **3.3 Dokumentation**

4843 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 4844 Multipler Sklerose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnose-  
 4845 sicherheit zu dokumentieren.

### 4846 **3.4 Mindestmengen**

4847 Das Kernteam muss mindestens 120 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung  
 4848 der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

4849 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 4850 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 4851 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 4852 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 4853 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

4854 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

4855 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 4856 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
 4857 tinnen und Patienten behandelt worden sein.

4858 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
 4859 50 Prozent unterschritten werden.

#### 4860 **4 Überweisungserfordernis**

4861 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
4862 handelnden Vertragsarzt.

4863 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
4864 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

4865 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
4866 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
4867 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

4868 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss  
4869 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

4870 Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch inner-  
4871 halb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

#### 4872 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz** 4873 **1 Satz 3 der Richtlinie**

##### 4874 **Präambel**

4875 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
4876 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
4877 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
4878 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
4879 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
4880 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Multiple Sklerose dieser Richtlinie bestimmt. Die nach-  
4881 folgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen  
4882 des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfach-  
4883 ärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1  
4884 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsum-  
4885 fangs.

4886 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
4887 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
4888 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
4889 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
4890 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
4891 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
4892 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
4893 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
4894 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
4895 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

4896 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
4897 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
4898 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

4899 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich regel-~~  
4900 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
4901 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

#### 4902 [Appendix „Multiple Sklerose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL \\*](#)

---

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

4903

4904 **b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**4905 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

4906 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 4907 mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie), wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung  
 4908 eine interdisziplinäre oder komplexe oder besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

4909 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden im Sinne der Richtli-  
 4910 nie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

4911 G40.- Epilepsie

4912 Bei G40.5 Spezielle epileptische Syndrome nur Epilepsia partialis continua [Kojew-  
 4913 nikow-Syndrom]

4914 F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)

4915 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

4916 - Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

4917 **Diagnostik**

4918 – Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle Herzfunktionsdiag-  
 4919 nostik (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie)

4920 – Anamnese

4921 – Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)

4922 – Humangenetische Untersuchungen

4923 – Körperliche Untersuchung

4924 – Laboruntersuchungen (zum Beispiel immunologische Labordiagnostik, Bestimmung von  
 4925 Arzneimittelspiegeln)

4926 – Liquoruntersuchung

4927 – Neurologische Untersuchung

4928 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenzi-  
 4929 ale)

4930 – Neuropsychologische Untersuchungen

4931 – Psychiatrische Untersuchung

4932 **Behandlung**

4933 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten

4934 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

4935 – Behandlung in Notfallsituationen

4936 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten  
 4937 Behandlungsfolgen

4938 – Einleitung einer Rehabilitation

4939 – Kleinchirurgische Eingriffe

4940 – Medikamentöse Therapien inkl. Injektionen, Infusionstherapien

4941 – Physikalische Therapie

4942 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

- 4943 – Wundversorgung
- 4944 **Beratung**
- 4945 – zu Ausbildung, Beruf und sozialen Aspekten
- 4946 – zu Diagnostik und Behandlung (zum Beispiel auch Epilepsie-Chirurgie)
- 4947 – zu Heilmitteln
- 4948 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 4949 – zu humangenetischen Fragestellungen
- 4950 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 4951 – zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 4952 – zu Rehabilitationsangeboten
- 4953 – zu Sexualität und Familienplanung
- 4954 – zu Verhalten in Notfallsituationen
- 4955 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 4956 – zur Ernährung (zum Beispiel Ketogene Diät)
- 4957 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 4958 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 4959 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden erfolgt durch ein
- 4960 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 4961 **a) Teamleitung**
- 4962 - Neurologie
- 4963 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin
- 4964 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie be-
- 4965 nannt werden.
- 4966 **b) Kernteam**
- 4967 - Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie
- 4968 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
- 4969 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benen-
- 4970 nen.
- 4971 Falls keine Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt
- 4972 Neuropädiatrie verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugend-
- 4973 medizin zu benennen.
- 4974 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 4975 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 4976 - Humangenetik
- 4977 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 4978 - Innere Medizin und Kardiologie
- 4979 - Laboratoriumsmedizin

4980 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 4981 oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 4982 ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
 4983 für Erwachsene

4984 - Radiologie

4985 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit dem Schwerpunkt  
 4986 Neuroradiologie benannt werden.

4987 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder  
 4988 ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder-  
 4989 und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
 4990 oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugend-  
 4991 liche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwer-  
 4992 punkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung Kinder-  
 4993 und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie als Teammitglied benannt werden.

### 4994 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

4995 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

4996 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrich-  
 4997 tungen besteht:

4998 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege

4999 – Epilepsie-Chirurgie

5000 – Ergotherapie

5001 – Logopädie

5002 – Physiotherapie

5003 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
 5004 mit sozialen Beratungsangeboten

5005 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

5006 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 5007 ner beziehungsweise einem der folgenden Ärztinnen beziehungsweise Ärzte besteht:

5008 – Neurologie

5009 c) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 5010 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 5011 bereitgehalten werden,

5012 d) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht

### 5013 3.3 Dokumentation

5014 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 5015 zerebralen Anfallsleiden ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Di-  
 5016 agnosesicherheit zu dokumentieren.

5017 **3.4 Mindestmengen**

5018 Das Kernteam muss mindestens 110 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung  
5019 der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

5020 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
5021 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
5022 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
5023 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
5024 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

5025 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

5026 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
5027 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patien-  
5028 tinnen und Patienten behandelt worden sein.

5029 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um  
5030 50 Prozent unterschritten werden.

5031 Bei ausschließlicher Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird keine Mindestmenge  
5032 festgelegt.

5033 **4 Überweisungserfordernis**

5034 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
5035 handelnden Vertragsarzt.

5036 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Vo-  
5037 raussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

5038 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
5039 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
5040 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

5041 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss  
5042 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

5043 Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch inner-  
5044 halb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5045 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
5046 **1 Satz 3 der Richtlinie**

5047 **Präambel**

5048 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
5049 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
5050 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom 17. Juli 2025 die abrechnungsfähigen ambulanten  
5051 spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage  
5052 zerebrale Anfallsleiden dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung  
5053 konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsaus-  
5054 schusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den  
5055 Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1  
5056 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

5057 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
5058 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
5059 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
5060 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
5061 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
5062 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30.~~

- 5063 ~~Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
5064 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
5065 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
5066 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 5067 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
5068 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
5069 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 5070 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich-regel-  
5071 ~~mäßig den Behandlungsumfang~~ Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise  
5072 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~
- 5073 Appendix „zerebrale Anfallsleiden“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\*
- 5074

---

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

5075 **Anlage 2** **Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen**  
5076 **Fallzahlen**

5077 **a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose**

5078 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

5079 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und die Behandlung von Patientinnen und Patien-  
5080 ten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose.

5081 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose  
5082 im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

5083 A15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histolo-  
5084 gisch gesichert

5085 A16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch  
5086 histologisch gesichert

5087 A17.- Tuberkulose des Nervensystems

5088 A18.- Tuberkulose sonstiger Organe

5089 A19.- Miliartuberkulose

5090 A31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien

5091 sowie Z20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die Kontaktpersonen  
5092 bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention

5093 sowie Z22.7 Latente Tuberkulose bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/  
5094 Chemoprävention.

5095 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

5096 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

5097 **Diagnostik**

5098 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG-Untersuchungen)

5099 - Anamnese

5100 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Prüfung des Farbsinns, Funduskopie)

5101 - Blutgasanalyse

5102 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT-/MRT-Untersuchungen,  
5103 Sonographie)

5104 - Endoskopie des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes, des Urogenitaltraktes  
5105 einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. laryngoskopische und bronchoskopische  
5106 Untersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, Urethrozystoskopie)

5107 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten

5108 - HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Hörschwellenbestimmung, Tonschwellen-  
5109 audiometrie, Sprachaudiometrie)

5110 - Körperliche Untersuchung

5111 - Laboruntersuchungen (z. B. phänotypische Resistenztestung, ausgewählte molekular-  
5112 biologische Schnellresistenztestverfahren, Kontrolle von Medikamentenspiegel-  
5113 geln)

5114 - Lungenfunktionsmessungen

5115 - Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen  
5116 Materials

- 5117 - Punktionen, Biopsien
- 5118 - Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo
- 5119 Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik
- 5120 - Tuberkulintest

5121 **Behandlung**

- 5122 - Anlage von fixierenden Verbänden
- 5123 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 5124 - Behandlung in Notfallsituationen
- 5125 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 5126 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 5127 - Bougierung der Harnröhre
- 5128 - Chemoprophylaxe/Chemoprävention
- 5129 - Einlage von Blasenkathetern
- 5130 - Einlage von Schienenkathetern
- 5131 - Einleitung der Rehabilitation
- 5132 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 5133 - Medikamentöse Therapien, inklusive Infusionstherapie und gegebenenfalls kontrollierte Medikamenteneinnahme (inklusive DOTS=directly observed treatment short course)
- 5134 - Physikalische Therapie inklusive Inhalationstherapie
- 5135 - Punktion und Drainagetherapie
- 5136 - Schmerztherapie
- 5137 - Transfusionen
- 5138 - Wundversorgung

5142 **Beratung**

- 5143 - zu Diagnostik und Behandlung
- 5144 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 5145 - zu Infektionsschutzmaßnahmen
- 5146 - zu Medikamentengabe, Nebenwirkungen und Resistenzen
- 5147 - zu Rehabilitationsangeboten
- 5148 - zu sozialen Beratungsangeboten, auch zu Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- 5149 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

5151 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

5152 **3.1 Personelle Anforderungen**

5153 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

5154 **a) Teamleitung**

- 5155 - Innere Medizin und Pneumologie oder
- 5156 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

5158 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein  
 5159 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und  
 5160 Jugend-Pneumologie benannt werden.

5161 **b) Kernteam**

- 5162 - Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
  - 5163 – Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder
  - 5164 – Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- 5165 - Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie:
  - 5166 – Innere Medizin und Pneumologie

5167 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
 5168 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Ju-  
 5169 gend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Ju-  
 5170 gendmedizin mit ~~der dem~~ genannten **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** verfügbar ist, ist eine  
 5171 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

5172 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 5173 - Augenheilkunde
- 5174 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- 5175 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 5176 - Urologie
- 5177 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 5178 - Neurologie
- 5179 - Pathologie
- 5180 - Laboratoriumsmedizin
- 5181 - Radiologie

5182 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein  
 5183 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und  
 5184 Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendme-  
 5185 dizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.

5186 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

5187 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

- 5188 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 5189 richtungen besteht:
  - 5190 – Physiotherapie
  - 5191 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
  - 5192 mit sozialen Beratungsangeboten
- 5193 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 5194 b) Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS-BE-  
 5195 handlung bestehen,
- 5196 c) eine räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose  
 5197 bzw. nachgewiesener Multiresistenz gewährleistet ist.

5198 **3.3 Dokumentation**

5199 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
5200 Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des  
5201 Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

5202 **3.4 Mindestmengen**

5203 Das Kernteam muss mindestens 20 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
5204 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diag-  
5205 nose behandeln.

5206 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
5207 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
5208 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
5209 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
5210 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

5211 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

5212 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
5213 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
5214 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
5215 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

5216 **4 Überweisungserfordernis**

5217 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
5218 handelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. Für  
5219 Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhau-  
5220 ses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertrags-  
5221 ärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.  
5222 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose oder zur Chemoprophyl-  
5223 laxie/Chemoprävention erfolgen.

5224 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
5225 **1 Satz 3 der Richtlinie**

5226 **Präambel**

5227 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
5228 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
5229 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
5230 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
5231 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
5232 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tuberkulose und atypische Mykobakterien dieser Richt-  
5233 linie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung  
5234 dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen am-  
5235 bulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
5236 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
5237 Behandlungsumfanges.

5238 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
5239 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
5240 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
5241 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~

- 5242 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
5243 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
5244 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
5245 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
5246 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
5247 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 5248 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
5249 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
5250 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 5251 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
5252 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
5253 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.
- 5254 [Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)
- 5255

---

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

5256 **b) Mukoviszidose**5257 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

5258 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
5259 mit Mukoviszidose.

5260 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose im Sinne der Richtlinie zählen  
5261 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

5262 E84.- Zystische Fibrose

5263 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

5264 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

5265 **Diagnostik**

- 5266 - Allergiediagnostik (z. B. Intracutantest)
- 5267 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik  
5268 (z. B. Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- 5269 - Anamnese
- 5270 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT, Osteo-  
5271 densitometrie)
- 5272 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. ERCP), des Respirationstraktes (z. B.  
5273 Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage) ~~und der Nasennebenhöhlen~~
- 5274 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 5275 - HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Audiometrie)
- 5276 - Humangenetische Untersuchungen
- 5277 - Körperliche Untersuchung
- 5278 - Laboruntersuchungen (z. B. Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz, Glukose-  
5279 bestimmung)
- 5280 - Makroskopische und mikroskopische Untersuchung bei einer Patientin und bei einem  
5281 Patienten entnommenen Materials
- 5282 - Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 5283 - Schweißtest für Kinder und Jugendliche
- 5284 - Tuberkulintest

5285 **Behandlung**

- 5286 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 5287 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 5288 - Behandlung in Notfallsituationen
- 5289 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-  
5290 ten Behandlungsfolgen
- 5291 - Einleitung der Rehabilitation
- 5292 - Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- 5293 - Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- 5294 - Physikalische Therapie
- 5295 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 5296 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

5297 **Beratung**

- 5298 - zu Diagnostik und Behandlung
- 5299 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 5300 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 5301 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 5302 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 5303 - zu Rehabilitationsangeboten
- 5304 - zu Sexualität und Familienplanung
- 5305 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 5306 - zu Verhalten in Notfallsituationen; die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen
- 5307 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 5308 - zur Ernährung
- 5309 - zur Prävention von Infektionen und zur Besiedlung mit pathogenen Keimen (z. B. PSAE, MRSA, Cepacia-Komplex; Aspergillen)

5312 **Weitere spezifische Leistungen:**

- 5313 - **Schweißtest**
- 5314 - **im Erwachsenenalter aufgrund einer unklaren chronisch sinopulmonalen Erkrankung, einer rezidivierenden oder chronischen Pankreatitis (nicht-biliär, nicht-alkoholisch), einer primär sklerosierenden Cholangitis, aquagenen Palmoplantarkeratose und/oder einer obstruktiven Azoospermie und bei Verdacht auf Mukoviszidose**
- 5315 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**
- 5316 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**
- 5317 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**
- 5318 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**
- 5319 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**
- 5320 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**
- 5321 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**
- 5322 - **einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde sowie einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**

5323 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**5324 **3.1 Personelle Anforderungen**

5325 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

5326

5327 **a) Teamleitung**

- 5328 - Innere Medizin und Pneumologie

5329 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein

5330 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und

5331 Jugend-Pneumologie benannt werden.

5332 **b) Kernteam**

- 5333 - Innere Medizin und Pneumologie
- 5334 - Innere Medizin und Gastroenterologie

5335 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-

5336 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Ju-

5337 gend-Pneumologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit

5338 **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls

5339 keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ~~einer der~~ **den** genann-  
 5340 ten ~~Zusatz-Weiterbildungen~~ **Schwerpunkten** verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Fach-  
 5341 arzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

### 5342 c) **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 5343 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 5344 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 5345 - Humangenetik
- 5346 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 5347 - Innere Medizin und Kardiologie
- 5348 - Laboratoriumsmedizin
- 5349 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- 5350 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 5351 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
- 5352 Ärztlicher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut**
- 5353 **für Erwachsene**
- 5354 - Pathologie
- 5355 - Radiologie
- 5356 - Urologie

5357 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein  
 5358 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt** ~~Zusatz-Weiterbildung~~ Kinder- und  
 5359 Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder-  
 5360 und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin  
 5361 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder-  
 5362 und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder**  
 5363 **eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** als  
 5364 Teammitglied benannt werden.

### 5365 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

5366 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:

- 5367 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 5368 richtungen besteht:
- 5369 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
  - 5370 mit sozialen Beratungsangeboten
  - 5371 - Physiotherapie
  - 5372 - Ernährungstherapie

5373 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- 5374 b) eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbeseidelun-  
 5375 gen gewährleistet ist.

### 5376 **3.3 Dokumentation**

5377 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 5378 Mukoviszidose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesi-  
 5379 cherheit zu dokumentieren.

### 5380 3.4 Mindestmengen

5381 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
5382 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diag-  
5383 nose behandeln.

5384 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
5385 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
5386 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteam im Rah-  
5387 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
5388 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

5389 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

5390 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
5391 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
5392 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
5393 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

### 5394 4 Überweisungserfordernis

5395 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
5396 handelnden Vertragsarzt.

5397 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
5398 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
5399 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
5400 dernis.

5401 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

### 5402 5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz 5403 1 Satz 3 der Richtlinie

#### 5404 Präambel

5405 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
5406 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
5407 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
5408 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
5409 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
5410 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Mukoviszidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfol-  
5411 gende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des  
5412 ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztli-  
5413 chen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1  
5414 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

5415 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
5416 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
5417 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
5418 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
5419 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
5420 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
5421 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
5422 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~

- 5423 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
5424 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 5425 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
5426 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 5427 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
5428 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
5429 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 5430 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
5431 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
5432 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.
- 5433 [Appendix „Mukoviszidose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

---

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

5434 **c) Hämophilie**5435 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

5436 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
5437 mit Hämophilie.

5438 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie im Sinne der Richtlinie zählen Pa-  
5439 tientinnen und Patienten mit folgenden hereditären oder erworbenen Faktormangelzustän-  
5440 den und sonstigen Koagulopathien, sofern sie mit einer dauerhaft behandlungsbedürftigen  
5441 Hypokoagulabilität verbunden sind:

5442 D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

5443 D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel

5444 D68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom

5445 D68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel

5446 D68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

5447 D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII

5448 D68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerin-  
5449 nungsfaktoren

5450 D68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Anti-  
5451 körper

5452 D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren

5453 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

5454 D69.1 Qualitative Thrombozytendefekte

5455 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

5456 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

5457 **Diagnostik**

- 5458 - Anamnese
- 5459 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT)
- 5460 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. Gastroskopie, Koloskopie)
- 5461 - humangenetische Untersuchungen
- 5462 - Infektionsdiagnostik (z. B. HIV, Hepatitis B und C)
- 5463 - Körperliche Untersuchung
- 5464 - Laboruntersuchungen (z. B. Klinische Chemie und Blutbild, Blutgruppenbestimmung  
5465 und weitere immunhämatologische Diagnostik, umfassende Gerinnungsdiagnostik  
5466 mit Einzelfaktorbestimmungen, Hemmkörperbestimmung- und Titration, immunolo-  
5467 gische und HLA-Diagnostik)

5468 **Behandlung**

- 5469 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 5470 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

- 5471 - Behandlung in Notfallsituationen
- 5472 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 5473 -
- 5474 - Einleitung der Rehabilitation
- 5475 - Gerinnungstherapie
- 5476 - Medikamentöse Therapien
- 5477 - Orthopädisch-unfallchirurgische Intervention
- 5478 - Physikalische Therapie
- 5479 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 5480 - Transfusion von Blutkomponenten

#### 5481 **Beratung**

- 5482 - zu Diagnostik, Behandlung und Therapiewahl (z. B. Immuntoleranz, Prophylaxe vs. Bedarfsmedikation, Heimselbstbehandlung)
- 5483 -
- 5484 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 5485 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 5486 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 5487 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 5488 - zu Rehabilitationsangeboten
- 5489 - zu Sexualität und Familienplanung (einschließlich Zyklusregulation)
- 5490 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 5491 - zu Verhalten in Notfallsituationen: Die Information erfolgt mittels eines Notfallausweises.
- 5492 -
- 5493 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 5494 - zur Ernährung
- 5495 - zur Kontrolle der Physiotherapie
- 5496 - zur Präparatwahl (Heimselbstbehandlung, rekombinante vs. Plasmapräparate, Dosis)
- 5497 -
- 5498 - zur Prävention
- 5499 - zur Schulung von Patientinnen und Patienten und Personen aus dem häuslichen Umfeld in Bezug auf die Heimselbstbehandlung
- 5500 -
- 5501 - zur Zahnextraktion

### 5502 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### 5503 **3.1 Personelle Anforderungen**

5504 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

5505

#### 5506 **a) Teamleitung**

- 5507 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- 5508 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- 5509 -
- 5510 - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

5511 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein

5512 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie benannt

5513 werden.

#### 5514 **b) Kernteam**

5515 Zusätzlich zur Teamleitung mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit  
5516 Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie:

- 5517 - Innere Medizin
- 5518 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 5519 - Transfusionsmedizin

5520 Sofern Teamleitung Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, muss  
5521 mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hä-  
5522 mostaseologie und der Facharztweiterbildung

- 5523 - Innere Medizin oder
- 5524 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

5525 Teil des Kernteams sein.

5526 Teil des Kernteams ist auch:

- 5527 - Orthopädie und Unfallchirurgie

5528 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
5529 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie zu benennen.

5530 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten  
5531 Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Ju-  
5532 gendmedizin zu benennen.

### 5533 c) **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 5534 - Allgemeinchirurgie
- 5535 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 5536 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 5537 - Humangenetik
- 5538 - Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- 5539 - Laboratoriumsmedizin
- 5540 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 5541 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
- 5542 Ärztlicher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut**
- 5543 **für Erwachsene**
- 5544 - Radiologie

5545 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein  
5546 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
5547 gendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder eine**  
5548 **Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** oder eine  
5549 Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiter-**  
5550 **bildung** Kinder- und Jugend-Gastroenterologie als Teammitglied benannt werden.

### 5551 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

5552 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:

- 5553 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
5554 richtungen besteht:
  - 5555 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
  - 5556 mit sozialen Beratungsangeboten

- 5557 – Physiotherapie
- 5558 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 5559 b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
- 5560 – Zahnheilkunde
- 5561 Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
- 5562 c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 5563
- 5564 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung
- 5565 Hämostaseologie
- 5566 – Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- 5567 – Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- 5568 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.
- 5569
- 5570 d) folgende räumliche und technische Ausstattung vorgehalten wird: permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten
- 5571

### 5572 **3.3 Dokumentation**

5573 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit

5574 Hämophilie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

5575

### 5576 **3.4 Mindestmengen**

5577 Das Kernteam muss mindestens 30 Patientinnen und Patienten mit schwerer Hämophilie

5578 (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandeln.

5579

5580 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den

5581 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher

5582 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen

5583 der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a

5584 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

5585 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

5586 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten

5587 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen

5588 und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten

5589 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

### 5590 **4 Überweisungserfordernis**

5591 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

5592

5593 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

5594

5595

5596

5597 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5598 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
 5599 **1 Satz 3 der Richtlinie**

5600 **Präambel**

5601 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 5602 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 5603 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
 5604 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
 5605 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 5606 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Hämophilie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende  
 5607 Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des er-  
 5608 gänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztli-  
 5609 chen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1  
 5610 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

~~5611 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
 5612 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
 5613 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
 5614 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
 5615 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
 5616 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
 5617 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
 5618 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
 5619 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
 5620 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

~~5621 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
 5622 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

~~5623 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
 5624 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
 5625 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

~~5626 Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
 5627 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
 5628 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

5629 **Appendix „Hämophilie“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\***

5630

---

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

5631 **d) neuromuskuläre Erkrankungen**5632 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

5633 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
5634 mit neuromuskulären Erkrankungen.

5635 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen im Sinne der  
5636 Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

5637 **E85.1 neuropathische heredofamiliäre Amyloidose**

5638 G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

5639 G14 Postpolio-Syndrom

5640 G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie

5641 G61.- Polyneuritis

5642 G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten

5643 G71.- Primäre Myopathien

5644 G72.3 Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung

5645 G72.4 Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert

5646 G72.88 Sonstige näher bezeichnete Myopathien

5647 G73.0\* Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten

5648 G73.1\* Lambert-Eaton-Syndrom

5649 G73.2\* Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen

5650 G73.3\* Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

5651 G73.4\* Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

5652 G73.5\* Myopathie bei endokrinen Krankheiten

5653 G73.6\* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

5654 M33.- Dermatomyositis-Polymyositis

5655 M36.0\* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†)

5656 M60.1- Interstitielle Myositis

5657 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

5658 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

5659 **Diagnostik**

- 5660 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echo-
- 5661 kardiographie, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik
- 5662 - Anamnese
- 5663 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung, Augenhin-
- 5664 tergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf),
- 5665 Ultraschalluntersuchung des Auges)

- 5666 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- 5667
- 5668 - Humangenetische Untersuchungen
- 5669 - Körperliche Untersuchung
- 5670 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik
- 5671 - Lungenfunktionsdiagnostik
- 5672 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- 5673
- 5674 - Molekulargenetische Untersuchungen
- 5675 - Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- 5676 - Punktionen und Biopsien
- 5677 - Schluckdiagnostik

5678 **Behandlung**

- 5679 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 5680 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- 5681 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 5682 - Behandlung in Notfallsituationen
- 5683 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 5684
- 5685 - Einleitung der Rehabilitation
- 5686 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 5687 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 5688 - Perkutane Gastrostomie
- 5689 - Physikalische Therapie
- 5690 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 5691 - Schmerztherapie

5692 **Beratung**

- 5693 - zu Diagnostik und Behandlung
- 5694 - zu Heilmitteln
- 5695 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 5696 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 5697 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 5698 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 5699 - zur Ernährung
- 5700 - zur operativen Versorgung
- 5701 - zu Rehabilitationsangeboten
- 5702 - zu Sexualität und Familienplanung
- 5703 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 5704 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

5705 **Weitere spezifische Leistungen:**

- 5706 - Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie
- 5707 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
- 5708
- 5709 - bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht auf ein Thymomrezidiv,
- 5710

- 5711 - bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer paraneo-  
5712 plastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,  
5713 - bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese  
5714 und negativem oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -  
5715 MRT von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie, Antikörperdiag-  
5716 nostik)
- 5717 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 5718 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 5719 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen erfolgt  
5720 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 5721 **a) Teamleitung**
- 5722 - Neurologie
- 5723 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder  
5724 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt wer-  
5725 den.
- 5726 **b) Kernteam**
- 5727 - Innere Medizin und Kardiologie  
5728 - Innere Medizin und Pneumologie  
5729 - Neurologie
- 5730 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
5731 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Fachärztin oder ein  
5732 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder  
5733 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiter-**  
5734 **bildung** Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen.
- 5735 Sofern keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ~~der genannten~~  
5736 ~~Zusatz-Weiterbildung~~ oder den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin  
5737 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
- 5738 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 5739 - Augenheilkunde  
5740 - Humangenetik  
5741 - Innere Medizin und Gastroenterologie  
5742 - Innere Medizin und Rheumatologie  
5743 - Laboratoriumsmedizin  
5744 - Neuropathologie  
5745 - Nuklearmedizin  
5746 - Orthopädie und Unfallchirurgie  
5747 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
5748 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
5749 Ärztlicher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut**  
5750 **für Erwachsene**  
5751 - Radiologie
- 5752 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden.

5753 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
 5754 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
 5755 gendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder eine**  
 5756 **Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** oder eine  
 5757 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-  
 5758 und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 5759 mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fach-  
 5760 ärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-  
 5761 und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 5762 mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

### 5763 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

5764 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

5765 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 5766 richtungen besteht:

- 5767 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrich-  
 5768 tungen mit sozialen Beratungsangeboten
- 5769 – Ergotherapie
- 5770 – Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- 5771 – Physikalische Therapie
- 5772 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit be-  
 5773 sonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)

5774 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

5775 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 5776 ner beziehungsweise einem der folgenden Ärztinnen beziehungsweise Ärzte be-  
 5777 steht:

- 5778 – Neurologie
- 5779 – Innere Medizin und Kardiologie
- 5780 – Innere Medizin und Pneumologie

5781 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforder-  
 5782 liche bildgebende Diagnostik.

5783 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

5784 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 5785 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Pati-  
 5786 enten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikati-  
 5787 onsgruppen bereitgehalten werden.

### 5788 **3.3 Dokumentation**

5789 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 5790 neuromuskulären Erkrankungen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens  
 5791 zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

5792 **3.4 Mindestmengen**

5793 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
5794 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diag-  
5795 nose behandeln.

5796 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
5797 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
5798 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteam im Rah-  
5799 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
5800 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

5801 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

5802 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
5803 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
5804 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
5805 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

5806 **4 Überweisungserfordernis**

5807 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
5808 handelnden Vertragsarzt.

5809 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
5810 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
5811 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

5812 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5813 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
5814 **1 Satz 3 der Richtlinie**

5815 **Präambel**

5816 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
5817 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
5818 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
5819 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
5820 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
5821 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage neuromuskuläre Erkrankungen dieser Richtlinie be-  
5822 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
5823 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
5824 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
5825 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
5826 handlungsumfanges.

5827 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
5828 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
5829 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
5830 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
5831 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
5832 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
5833 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
5834 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~

- 5835 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
5836 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 5837 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
5838 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 5839 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
5840 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
5841 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 5842 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
5843 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
5844 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.
- 5845 Appendix „Neuromuskuläre Erkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\*

---

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

5846 **e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen**5847 **Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**5848 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

5849 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
5850 mit Sarkoidose.

5851 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose im Sinne der Richtlinie zählen Pa-  
5852 tientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

5853 D86.- Sarkoidose

5854 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

5855 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

5856 **Diagnostik**

- 5857 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 5858 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheteruntersu-
- 5859 chung) Herzfunktionsdiagnostik
- 5860 - Anamnese
- 5861 - Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Augenhintergrunduntersuchung, Vi-
- 5862 sus- und Refraktionsbestimmung, Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Perimetrie,
- 5863 Schirmertest, Augendruckmessung)
- 5864 - Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT
- 5865 inklusive kardiale Bildgebung, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 5866 - Endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren
- 5867 - Körperliche Untersuchung
- 5868 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik, Serologischer
- 5869 und mikrobiologischer Nachweis von Krankheitserregern einschließlich gegebenen-
- 5870 falls Resistenzbestimmung
- 5871 - Liquordiagnostik
- 5872 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen
- 5873 bei Patienten entnommenen Materials
- 5874 - Neurophysiologische Untersuchungen
- 5875 - Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 5876 - Punktionen und Biopsien

5877 **Behandlung**

- 5878 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 5879 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 5880 - Behandlung in Notfallsituationen
- 5881 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-
- 5882 ten Behandlungsfolgen
- 5883 - Einleitung der Rehabilitation
- 5884 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 5885 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie

- 5886 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 5887 - Schmerztherapie

### 5888 **Beratung**

- 5889 - zu Diagnostik und Behandlung
- 5890 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 5891 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 5892 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 5893 - zu Rehabilitationsangeboten
- 5894 - zu Sexualität und Familienplanung
- 5895 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 5896 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 5897 - zur Ernährung

### 5898 Weitere spezifische Leistungen:

- 5899 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie
- 5900 Ga-68-DOTA-NOC
- 5901
- 5902 - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen
- 5903 kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-
- 5904 EKG,
- 5905 - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und Ver-
- 5906 dacht auf Sarkoidose
- 5907 als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden Be-
- 5908 fund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist.

## 5909 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

### 5910 **3.1 Personelle Anforderungen**

5911 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

#### 5913 **a) Teamleitung**

- 5914 - Innere Medizin und Pneumologie oder
- 5915 - Innere Medizin und Rheumatologie

5916 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder

5917 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder-

5918 und Jugend-Pneumologie oder **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

#### 5920 **b) Kernteam**

- 5921 - Innere Medizin und Pneumologie
- 5922 - Innere Medizin und Rheumatologie

5923 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-

5924 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Ju-

5925 gend-Pneumologie oder **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit

5927 ~~der den~~ genannten ~~Zusatz-Weiterbildung-~~**Schwerpunkten** verfügbar ist, ist eine Fachärztin  
5928 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

5929 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 5930 - Augenheilkunde
- 5931 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 5932 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 5933 - Innere Medizin und Kardiologie
- 5934 - Laboratoriumsmedizin
- 5935 - Neurologie
- 5936 - Nuklearmedizin
- 5937 - Pathologie
- 5938 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 5939 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
- 5940 Ärztlicher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut**
- 5941 **für Erwachsene**
- 5942 - Radiologie

5943 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
5944 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
5945 gendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder eine**  
5946 **Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** oder eine  
5947 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie  
5948 oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kin-  
5949 der- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugend-  
5950 medizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Jugend-Gastroenterologie als  
5951 Teammitglied benannt werden.

5952 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

5953 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

5954 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
5955 richtungen besteht:

- 5956 - Transplantationszentren (Lunge)
- 5957 - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrich-  
5958 tungen mit sozialen Beratungsangeboten
- 5959 - Physikalische Therapie

5960 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

5961 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
5962 ner oder einem der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht:

- 5963 - Innere Medizin und Pneumologie
- 5964 - Innere Medizin und Rheumatologie

5965 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erfor-  
5966 derliche bildgebende Diagnostik.

5967 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

5968 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 5969 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Pati-  
 5970 enten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikati-  
 5971 onsgruppen bereitgehalten werden.

### 5972 3.3 Dokumentation

5973 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 5974 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die Di-  
 5975 agnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentie-  
 5976 ren.

### 5977 3.4 Mindestmengen

5978 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
 5979 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diag-  
 5980 nose behandeln.

5981 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 5982 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 5983 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 5984 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 5985 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

5986 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

5987 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 5988 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
 5989 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
 5990 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

## 5991 4 Überweisungserfordernis

5992 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
 5993 handelnden Vertragsarzt.

5994 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
 5995 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
 5996 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
 5997 dernis.

5998 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

## 5999 5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz 6000 1 Satz 3 der Richtlinie

### 6001 Präambel

6002 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 6003 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 6004 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
 6005 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
 6006 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 6007 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Sarkoidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende  
 6008 Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des er-

- 6009 gänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztli-  
6010 chen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1  
6011 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.
- 6012 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
6013 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
6014 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
6015 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
6016 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
6017 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
6018 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
6019 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
6020 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
6021 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 6022 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
6023 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 6024 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
6025 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
6026 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 6027 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
6028 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
6029 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.
- 6030 [Appendix „Sarkoidose“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)  
6031

---

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

6032 f) **biliäre Zirrhose [unbesetzt]\***

6033

---

*\* Hinweis: Die biliäre Zirrhose wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.*

6034 g) **primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt]\***

6035

---

\* Hinweis: Die primär sklerosierende Cholangitis wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.

6036 **h) Morbus Wilson**6037 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

6038 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
6039 mit Morbus Wilson.

6040 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson im Sinne der Richtlinie zählen  
6041 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

6042 E83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels

6043 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

6044 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

6045 **Diagnostik**

- 6046 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 6047 - Anamnese
- 6048 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- 6049 - Biopsien und Punktionen
- 6050 - Elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale)
- 6051 - Endoskopie des Gastrointestinaltrakts einschließlich interventioneller Verfahren (z. B.  
6052 ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- 6053 - Körperliche Untersuchung
- 6054 - Laboruntersuchungen
- 6055 - Makroskopische, mikroskopische, zytologische und histologische Untersuchungen bei  
6056 Patienten entnommenen Materials
- 6057 - Mutationsdiagnostik

6058 **Behandlung**

- 6059 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 6060 - Behandlung in Notfallsituationen
- 6061 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-  
6062 ten Behandlungsfolgen
- 6063 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 6064 - Einleitung der Rehabilitation
- 6065 - Medikamentöse Therapien
- 6066 - Physikalische Therapie
- 6067 - Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 6068 - Therapeutische Punktionen

6069 **Beratung**

- 6070 - zu Diagnostik und Behandlung
- 6071 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 6072 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität  
6073 und Familienplanung)
- 6074 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 6075 - zu Rehabilitationsangeboten
- 6076 - zu Verhalten in Notfallsituationen

- 6077 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten  
 6078 - zur Ernährung
- 6079 Weitere spezifische Leistungen:
- 6080 - Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle  
 6081 und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich
- 6082 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 6083 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 6084 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson erfolgt in einem interdisziplinären Team gemäß § 3 ASV-RL.  
 6085
- 6086 **a) Teamleitung**
- 6087 - Innere Medizin und Gastroenterologie oder  
 6088 - Neurologie
- 6089 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein  
 6090 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder für Kinder- und  
 6091 Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Jugend-Gastroenterologie  
 6092 benannt werden.
- 6093 **b) Kernteam**
- 6094 - Innere Medizin und Gastroenterologie  
 6095 - Neurologie
- 6096 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
 6097 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin  
 6098 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kin-  
 6099 der- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen.
- 6100 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **dem den** genann-  
 6101 ten Schwerpunkten **en- oder Zusatz-Weiterbildung** verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Fach-  
 6102 arzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
- 6103 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 6104 - Augenheilkunde  
 6105 - Humangenetik  
 6106 - Innere Medizin und Nephrologie  
 6107 - Laboratoriumsmedizin  
 6108 - Pathologie  
 6109 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 6110 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
 6111 Ärztlicher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut**  
 6112 **für Erwachsene**  
 6113 - Radiologie
- 6114 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
 6115 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und  
 6116 Jugend-Nephrologie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder-  
 6117 und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder**

6118 eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche als  
6119 Teammitglied benannt werden.

### 6120 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

6121 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammen-  
6122 arbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- 6123 – Transplantationszentren (Leber)
- 6124 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 6125 mit sozialen Beratungsangeboten

6126 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

### 6127 3.3 Dokumentation

6128 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
6129 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die Di-  
6130 agnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentie-  
6131 ren.

### 6132 3.4 Mindestmengen

6133 Keine.

## 6134 4 Überweisungserfordernis

6135 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
6136 handelnden Vertragsarzt.

6137 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
6138 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
6139 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
6140 dernis.

6141 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

## 6142 5 Appendix ~~(Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)~~ gemäß § 5 Absatz 6143 1 Satz 3 der Richtlinie

### 6144 Präambel

6145 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
6146 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
6147 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
6148 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
6149 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
6150 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Morbus Wilson dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfol-  
6151 gende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des  
6152 ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztli-  
6153 chen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1  
6154 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfanges.

6155 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
6156 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
6157 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
6158 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
6159 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
6160 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~

6161 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
6162 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
6163 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
6164 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

6165 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
6166 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

6167 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
6168 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
6169 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

6170 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
6171 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
6172 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

6173 [Appendix „Morbus Wilson“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

6174

---

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

6175 **k) Marfan-Syndrom**6176 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

6177 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
6178 mit Marfan-Syndrom.

6179 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie zäh-  
6180 len Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

6181 Q87.4 Marfan-Syndrom und

6182 verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit  
6183 einem Risiko der Aortendissektion führen können, z. B.

6184 – Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,

6185 – Loeys-Dietz-Syndrom,

6186 – Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskulärer Typ)

6187 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

6188 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

6189 **Diagnostik**

6190 - Allgemeine (z. B. EKG-Untersuchungen) und spezielle (z. B. transösophageale und  
6191 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik

6192 - Anamnese

6193 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung, Augenhin-  
6194 tergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf),  
6195 Ultraschalluntersuchung des Auges)

6196 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-Untersuchungen, So-  
6197 nographie)

6198 - Humangenetische Untersuchungen

6199 - Körperliche Untersuchung

6200 - Laboruntersuchungen

6201 - Lungenfunktionsmessungen

6202 - Orthopädische Funktionsdiagnostik

6203 **Behandlung**

6204 - Anlage von fixierenden Verbänden

6205 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten

6206 - Behandlung in Notfallsituationen

6207 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-  
6208 ten Behandlungsfolgen

6209 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

6210 - Einleitung der Rehabilitation

6211 - Medikamentöse Therapien

6212 - Physikalische Therapie

6213 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

6214 - Schmerztherapie

6215 - Sexualberatung und Familienplanung

6216 **Beratung**

- 6217 - zu Diagnostik und Behandlung
- 6218 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 6219 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 6220 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 6221 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 6222 - zu Rehabilitationsangeboten
- 6223 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 6224 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

6225 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

6226 **3.1 Personelle Anforderungen**

6227 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

6229 **a) Teamleitung**

- 6230 - Herzchirurgie oder
- 6231 - Innere Medizin und Kardiologie

6232 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein  
6233 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie be-  
6234 nannt werden.

6235 **b) Kernteam**

- 6236 - Herzchirurgie
- 6237 - Innere Medizin und Kardiologie
- 6238 - Orthopädie und Unfallchirurgie

6239 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
6240 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie zu be-  
6241 nennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem ge-  
6242 nannten Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Ju-  
6243 gendmedizin zu benennen.

6244 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 6245 - Augenheilkunde
- 6246 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 6247 - Gefäßchirurgie
- 6248 - Humangenetik
- 6249 - Innere Medizin und Pneumologie

6250 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein  
6251 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und  
6252 Jugend-Pneumologie als Teammitglied benannt werden.

- 6253 - Laboratoriumsmedizin
- 6254 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 6255 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder

6256 Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut  
6257 für Erwachsene

6258 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein  
6259 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
6260 gendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine  
6261 Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche als Team-  
6262 mitglied benannt werden.

6263 - Radiologie

### 6264 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

6265 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammen-  
6266 arbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

6267 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen  
6268 Beratungsangeboten

6269 - Physiotherapie

6270 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

### 6271 3.3 Dokumentation

6272 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
6273 Marfan-Syndrom ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnose-  
6274 sicherheit zu dokumentieren.

### 6275 3.4 Mindestmengen

6276 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
6277 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diag-  
6278 nose behandeln.

6279 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
6280 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
6281 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
6282 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
6283 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

6284 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

6285 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
6286 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
6287 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
6288 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

### 6289 4 Überweisungserfordernis

6290 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
6291 handelnden Vertragsarzt.

6292 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
6293 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
6294 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
6295 dernis.

6296 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

6297 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
 6298 **1 Satz 3 der Richtlinie**

6299 **Präambel**

6300 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
 6301 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
 6302 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom ~~[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach~~  
 6303 ~~§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]~~ die ab-  
 6304 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
 6305 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Marfan-Syndrom dieser Richtlinie bestimmt. Die nach-  
 6306 folgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen  
 6307 des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfach-  
 6308 ärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1  
 6309 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsum-  
 6310 fangs.

~~6311 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
 6312 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
 6313 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
 6314 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
 6315 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
 6316 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
 6317 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
 6318 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
 6319 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
 6320 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

~~6321 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
 6322 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

~~6323 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
 6324 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
 6325 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

~~6326 Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
 6327 mäßig den Behandlungsumfang ~~Anpassungsbedarf des Appendix~~. Hierfür nimmt er Hinweise  
 6328 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf ~~des Appendix~~ auf.

6329 [Appendix „Marfan-Syndrom“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

---

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

6330 **I) pulmonale Hypertonie**6331 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

6332 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
6333 mit pulmonaler Hypertonie.

6334 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie im Sinne der Richtlinie  
6335 zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

6336 I27.0- Primäre pulmonale Hypertonie

6337 I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie

6338 P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

6339 entsprechend der Nizza-Klassifikation

6340 - Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1' oder 1'' der Nizza-Klassifikation

6341 - Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation

6342 - Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im Kin-  
6343 desalter entwickelt hat

6344 - Pulmonale Hypertonie der Klasse 5.1 oder der Klasse 5.3 der Nizza-Klassifikation

6345 - Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne Klasse 3.2, die sich bereits im Kindesalter  
6346 entwickelt hat), 5.2 oder der Klasse 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich  
6347 über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf

6348 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

6349 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

6350 **Diagnostik**

6351 - Anamnese

6352 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik  
6353 (z. B. transösophageale [TEE] und transthorakale [TTE] Echokardiographie, Belas-  
6354 tungs-EKG, Rechtsherzkatheter [gegebenenfalls mit pharmakologischer Testung])

6355 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchung, Sonographie, Doppleruntersu-  
6356 chung, Ventilations-Perfusions-Szintigraphie, CT, MRT, Pulmonalarterienangiogra-  
6357 phie, Myokardszintigraphie)

6358 - Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes

6359 - Endoskopie des Respirationstraktes

6360 - Humangenetische Untersuchungen (z. B. BMPR2, ALK1)

6361 - Körperliche Untersuchung

6362 - Laboruntersuchungen (z. B. Blutgasanalyse)

6363 - Lungenfunktionsmessungen (z. B. Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Kohlen-  
6364 monoxid [DLCO])

6365 - Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Thera-  
6366 pie der schlafbezogenen Atmungsstörungen

6367 - Spiroergometrie

6368 **Behandlung**

- 6369 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 6370 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 6371 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 6372 - Behandlung in Notfallsituationen
- 6373 - Einleitung der Rehabilitation
- 6374 - Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- 6375 - Physikalische Therapie
- 6376 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 6377 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

6379 **Beratung**

- 6380 - zu Diagnostik und Behandlung
- 6381 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 6382 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 6383 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 6384 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 6385 - zu Rehabilitationsangeboten
- 6386 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 6387 - zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen
- 6388 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

6390 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**6391 **3.1 Personelle Anforderungen**

6392 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

6394 **a) Teamleitung**

- 6395 - Innere Medizin und Kardiologie oder
- 6396 - Innere Medizin und Pneumologie

6397 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein  
6398 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder  
6399 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung**  
6400 Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

6401 **b) Kernteam**

- 6402 - Innere Medizin und Kardiologie
- 6403 - Innere Medizin und Pneumologie

6404 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
6405 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder  
6406 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung**  
6407 Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein  
6408 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **den** genannten Schwerpunkten oder **Zusatz-Weiterbildung**  
6409 verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendme-  
6410 dizin zu benennen.

6411 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 6412 - Humangenetik
- 6413 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 6414 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 6415 - Laboratoriumsmedizin
- 6416 - Nuklearmedizin
- 6417 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 6418 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder
- 6419 Ärztlicher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut**
- 6420 **für Erwachsene**
- 6421 - Radiologie

6422 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein  
 6423 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und  
 6424 Jugend-Gastroenterologie oder Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder eine Fachärztin bzw.  
 6425 ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
 6426 gendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder eine**  
 6427 **Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** als Team-  
 6428 mitglied benannt werden.

6429 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

6430 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

- 6431 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 6432 richtungen besteht:

- 6433 – Transplantationszentren (Lunge, Herz)
- 6434 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 6435 mit sozialen Beratungsangeboten
- 6436 – Physiotherapie

6437 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- 6438 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 6439 ner beziehungsweise einem der folgenden Ärztinnen beziehungsweise Ärzte be-  
 6440 steht:

- 6441 – Innere Medizin und Kardiologie
- 6442 – Innere Medizin und Pneumologie

6443 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.  
 6444

- 6445 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

- 6446 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 6447 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Pati-  
 6448 enten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten werden.

6449 **3.3 Dokumentation**

6450 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 6451 pulmonaler Hypertonie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diag-  
 6452 nosesicherheit zu dokumentieren.

6453 **3.4 Mindestmengen**

6454 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkreti-  
6455 sierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diag-  
6456 nose behandeln.

6457 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
6458 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
6459 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
6460 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
6461 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

6462 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

6463 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
6464 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
6465 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
6466 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

6467 **4 Überweisungserfordernis**

6468 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
6469 handelnden Vertragsarzt.

6470 Bei pulmonaler Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung durch eine Fachärztin bzw.  
6471 einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt  
6472 für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich.

6473 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
6474 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
6475 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
6476 dernis.

6477 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

6478 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
6479 **1 Satz 3 der Richtlinie**

6480 **Präambel**

6481 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
6482 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
6483 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom [einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach  
6484 § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde] die ab-  
6485 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
6486 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage pulmonale Hypertonie dieser Richtlinie bestimmt. Die  
6487 nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmun-  
6488 gen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezial-  
6489 fachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Ab-  
6490 satz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlung-  
6491 umfanges.

6492 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
6493 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
6494 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
6495 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
6496 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~

- 6497 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
6498 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
6499 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
6500 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
6501 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~
- 6502 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
6503 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~
- 6504 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
6505 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
6506 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 6507 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich-regel-  
6508 ~~mäßig den Behandlungsumfang~~ ~~Anpassungsbedarf des Appendix.~~ Hierfür nimmt er Hinweise  
6509 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf~~ ~~des Appendix~~ auf.
- 6510 [Appendix „pulmonale Hypertonie“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

---

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

6511 **n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden**  
 6512 **Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation**

6513 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

6514 Die Konkretisierung umfasst die ambulante Weiterbehandlung von Patientinnen und Patien-  
 6515 ten nach allogener Stammzelltransplantation, die eine interdisziplinäre oder komplexe Ver-  
 6516 sorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen.

6517 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten zur Behandlung nach allogener Stammzelltrans-  
 6518 plantation im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18.  
 6519 Lebensjahr mit folgenden Erkrankungen oder Zuständen kodiert mit:

6520 Z94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige  
 6521 Immunsuppression

6522 Z94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger  
 6523 Immunsuppression

6524 T86.0- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-  
 6525 Host-Krankheit

6526 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

6527 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

6528 **Diagnostik**

6529 – Allgemeine und spezielle Herzfunktionsdiagnostik

6530 – Anamnese

6531 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuk-  
 6532 learmedizinische Untersuchungen inklusive PET; PET/CT, Osteodensitometrie)

6533 – Endoskopische Untersuchungen einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel  
 6534 endoskopische Bougierungen, Punktionen und Biopsien)

6535 – Histologische, zytologische, zytogenetische und molekulargenetische Untersuchungen

6536 – Immunphänotypisierung

6537 – Körperliche Untersuchung

6538 – Laboruntersuchungen (zum Beispiel Chimärismusanalyse)

6539 – Lungenfunktionsmessungen (zum Beispiel Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Koh-  
 6540 lenmonoxid (DLCO))

6541 – Punktionen unter anderem Knochenmark, Biopsien

6542 – Tumorstaging

6543 **Behandlung**

6544 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen

6545 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)

6546 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen  
 6547 Eingriffen

- 6548 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 6549 – Behandlung in Notfallsituationen
- 6550 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 6551 – Behandlungsfolgen
- 6552 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 6553 – Einleitung einer Rehabilitation
- 6554 – Intrathekale Therapie
- 6555 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 6556 – Medikamentöse Therapien (inklusive Infusionstherapie und Immunsuppressive Thera-
- 6557 – pie)
- 6558 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 6559 – Physikalische Therapie
- 6560 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 6561 – Schmerztherapie
- 6562 – Strahlentherapie
- 6563 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 6564 – Transfusionen
- 6565 – Wundversorgung
- 6566 **Beratung**
- 6567 – zu Beratung und Betreuung zur sozialen Integration
- 6568 – zu Diagnostik und Behandlung
- 6569 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 6570 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 6571 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 6572 – (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 6573 – zu Rehabilitationsangeboten
- 6574 – zu risikoadaptierte Nachsorge
- 6575 – zu Sexualität und Familienplanung
- 6576 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 6577 – zur Ernährung
- 6578 Weitere spezifische Leistungen:
- 6579 – intensivierte Nachbetreuung nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stamm-
- 6580 – zellen analog der intensivierten Nachbetreuung nach allogener Transplantation hämato-
- 6581 – poetischer Stammzellen im EBM
- 6582 – PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Lymphomen und akuten Leukämien mit
- 6583 – extramedullärem Befall nach allogener Stammzelltransplantation zur Überprüfung des
- 6584 – Behandlungserfolgs und bei Rezidivverdacht nicht zur regelmäßigen Verlaufskontrolle

- 6585 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Pa-  
 6586 tienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrän-  
 6587 kungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpau-  
 6588 schale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 6589 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Pa-  
 6590 tienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrän-  
 6591 kungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpau-  
 6592 schale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 6593 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tu-  
 6594 morthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Ver-  
 6595 einbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 6596 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-  
 6597 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie  
 6598 einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
 6599 Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu  
 6600 Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche  
 6601 Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 6602 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebser-  
 6603 krankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie  
 6604 einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
 6605 Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungs-  
 6606 formen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 6607 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 6608 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 6609 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 6610 beachten.
- 6611 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 6612 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 6613 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt durch ein interdisziplinäres Team ge-  
 6614 mäß § 3 ASV-RL.
- 6615 **a) Teamleitung**
- 6616 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung  
 6617 auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die  
 6618 Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplan-  
 6619 tationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.
- 6620 Die Teamleitung muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, die allogene Stammzell-  
 6621 transplantation durchführt.
- 6622 **b) Kernteam**
- 6623 – Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 6624 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 6625 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung  
 6626 auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die  
 6627 Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplan-  
 6628 tationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

6629 Zusätzlich können nur für die Weiterbehandlung gemäß 3.2 Nummer 1 auch Fachärztinnen  
6630 und Fachärzte für

6631 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

6632 benannt werden. § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL gilt für dieses zusätzliche Teammitglied  
6633 nicht.

6634 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

6635 – Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

6636 – Anästhesiologie

6637 – Augenheilkunde

6638 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe

6639 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

6640 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

6641 – Innere Medizin und Kardiologie

6642 – Innere Medizin und Nephrologie

6643 – Innere Medizin und Pneumologie

6644 – Innere Medizin und Rheumatologie

6645 – Laboratoriumsmedizin

6646 – Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

6647 – Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

6648 – Neurologie

6649 – Nuklearmedizin

6650 – Pathologie

6651 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
6652 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztli-  
6653 cher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Er-**  
6654 **wachsene**

6655 – Radiologie

6656 – Strahlentherapie

6657 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Transfusionsmedizin benannt werden

6658 - Urologie

6659 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

6660 1. Durch eine geeignete Organisation ist sicherzustellen, dass bei Benennung einer zusätzli-  
6661 chen Fachärztin beziehungsweise eines zusätzlichen Facharztes für Innere Medizin und  
6662 Hämatologie und Onkologie gemäß 3.1 Buchstabe b, für die § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-  
6663 RL nicht gilt, die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen der Wei-  
6664 terbehandlung (insbesondere zu Zeitpunkt der Einbindung und Aufgabenspektrum) vom  
6665 Kernteam gemeinsam zu treffen ist.

6666 2. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

- 6667 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrich-  
6668 tungen besteht:
- 6669 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege
  - 6670 – Physiotherapie
  - 6671 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
  - 6672 mit sozialen Beratungsangeboten
- 6673 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 6674 b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
- 6675 – Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereit im
  - 6676 ASV-Team vorhanden ist
- 6677 Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
- 6678 c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
6679 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 6680 – Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
- 6681 Die 24 Stunden Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforder-  
6682 liche bildgebende Diagnostik.
- 6683 d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte mehrheitlich eine  
6684 staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. So-  
6685 fern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die  
6686 entsprechende Erfahrung vorzuweisen,
- 6687 e) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen für medikamentöse und transfusi-  
6688 onsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochen-  
6689 ende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 6690 f) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten  
6691 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 6692 g) infektiöse Patientinnen und Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu ande-  
6693 ren Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können,
- 6694 h) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten  
6695 Wirkstoffe erfolgt,
- 6696 i) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intra-  
6697 venösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum  
6698 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorge-  
6699 halten werden,
- 6700 j) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
6701 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientin-  
6702 nen und Patienten bereitgehalten werden,
- 6703 k) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 6704 l) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 6705 m) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Infor-  
6706 mationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der

6707 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen  
6708 zur Verfügung gestellt wird und

6709 n) eine Meldung der Krankheitsverläufe der Patientinnen und Patienten an Krebsregister  
6710 entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

### 6711 3.3 Dokumentation

6712 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagno-  
6713 sesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen und die veranlassten Leistungen einschließlich des  
6714 Behandlungstages sind zu dokumentieren.

### 6715 3.4 Mindestmengen

6716 Da die Teamleitung an einer Klinik tätig sein muss, die allogene Stammzelltransplantationen  
6717 durchführt und damit die Anforderungen der Mindestmengenregelung des G-BA zur allogene-  
6718 nen Stammzelltransplantation erfüllt, sind gesonderte Anforderungen zur Mindestmenge für  
6719 die ASV nicht notwendig.

### 6720 4 Überweisungserfordernis

6721 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
6722 handelnden Vertragsarzt.

6723 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
6724 houses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
6725 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
6726 dernis.

### 6727 5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfanges anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz 6728 1 Satz 3 der Richtlinie

#### 6729 Präambel

6730 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
6731 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
6732 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
6733 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 17. Juli 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
6734 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
6735 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplan-  
6736 tation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener  
6737 Stammzelltransplantation und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie be-  
6738 stimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser  
6739 Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulan-  
6740 ten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach  
6741 § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Be-  
6742 handlungsumfanges.

6743 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
6744 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
6745 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
6746 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
6747 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~

- 6748 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30.~~  
6749 ~~Juni 2024 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024.~~
- 6750 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
6751 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
6752 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~
- 6753 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-  
6754 mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise  
6755 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.
- 6756 Appendix „Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von leben-  
6757 den Spendern (allogene Stammzelltransplantation)“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\*  
6758

---

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

6759 **o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen**6760 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

6761 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
6762 mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen.

6763 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen  
6764 im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

6765 **1.1 Primär biliäre Cholangitis (PBC)**

6766 K74.3 Primäre biliäre Cholangitis

6767 K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose (auch Idiopathic adulthood ductopenia Syndrom (IAD) und  
6768 Vanishing bile duct Syndrom)

6769 K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet

6770 **1.2 Cholangitis**

6771 K83.0- Cholangitis

6772 **1.3 Autoimmunhepatitis (AIH)**

6773 K75.4 Autoimmune Hepatitis

6774 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

6775 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

6776 **Diagnostik**

- 6777 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 6778 - Anamnese
- 6779 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteo-  
6780 densitometrie)
- 6781 - Biopsien und Punktionen
- 6782 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren  
6783 (z. B. ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- 6784 - Körperliche Untersuchung
- 6785 - Laboruntersuchungen
- 6786 - Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei  
6787 Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete)

6788 **Behandlung**

- 6789 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 6790 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 6791 - Behandlung in Notfallsituationen
- 6792 - Behandlung von Therapie Nebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünsch-  
6793 ten Behandlungsfolgen
- 6794 - Einleitung der Rehabilitation
- 6795 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 6796 - Physikalische Therapie
- 6797 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

- 6798 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 6799 **Beratung**
- 6800 - zu Diagnostik und Behandlung
- 6801 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität  
6802 und Familienplanung)
- 6803 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 6804 - zu Rehabilitationsangeboten
- 6805 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 6806 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 6807 - zur Ernährung
- 6808 Weitere spezifische Leistungen:
- 6809 - Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle  
6810 und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich
- 6811 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 6812 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 6813 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankun-  
6814 gen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 6815 **a) Teamleitung**
- 6816 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 6817 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein  
6818 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und  
6819 Jugend-Gastroenterologie benannt werden.
- 6820 **b) Kernteam**
- 6821 - Zusätzlich zur Teamleitung: Innere Medizin und Gastroenterologie
- 6822 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Fach-  
6823 arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** Kinder- und Ju-  
6824 gend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder-  
6825 und Jugendmedizin mit ~~der dem~~ genannten **Schwerpunkt Zusatz-Weiterbildung** verfügbar ist,  
6826 ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
- 6827 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 6828 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 6829 - Laboratoriumsmedizin
- 6830 - Pathologie
- 6831 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
6832 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
6833 Ärztlicher Psychotherapeut **oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut**  
6834 **für Erwachsene**
- 6835 - Radiologie
- 6836 - Viszeralchirurgie

6837 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein  
 6838 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Ju-  
 6839 gendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder eine**  
 6840 **Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche** als Team-  
 6841 mitglied benannt werden.

### 6842 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

6843 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

6844 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Ein-  
 6845 richtungen besteht:

- 6846 – Transplantationszentren (Leber)
- 6847 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 6848 mit sozialen Beratungsangeboten

6849 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

6850 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von ei-  
 6851 ner bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- 6852 – Innere Medizin und Gastroenterologie

6853 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erfor-  
 6854 derliche bildgebende Diagnostik.

6855 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

6856 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
 6857 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Pati-  
 6858 enten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikati-  
 6859 onsgruppen bereitgehalten werden.

### 6860 **3.3 Dokumentation**

6861 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 6862 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die Di-  
 6863 agnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentie-  
 6864 ren.

### 6865 **3.4 Mindestmengen**

6866 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer 1 genannten  
 6867 Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

6868 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
 6869 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
 6870 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rah-  
 6871 men der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a  
 6872 SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

6873 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

6874 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten  
 6875 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientin-  
 6876 nen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten  
 6877 Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

6878 **4 Überweisungserfordernis**

6879 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-  
6880 handelnden Vertragsarzt.

6881 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Kranken-  
6882 hauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen ver-  
6883 tragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfor-  
6884 dernis.

6885 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

6886 **5 Appendix (~~Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM~~) gemäß § 5 Absatz**  
6887 **1 Satz 3 der Richtlinie**

6888 **Präambel**

6889 Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen  
6890 Bundesausschuss gemäß § 5 Behandlungsumfang. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach  
6891 § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach*  
6892 *§ 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 15. Mai 2025 umgesetzt wurde]* die ab-  
6893 rechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewer-  
6894 tungsmaßstabs (EBM) für die Anlage ausgewählte seltene Lebererkrankungen dieser Richtlinie  
6895 bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung die-  
6896 ser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambu-  
6897 lanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses  
6898 nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des  
6899 Behandlungsumfangs.

6900 ~~Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen~~  
6901 ~~(GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versor-~~  
6902 ~~gung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungs-~~  
6903 ~~maßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87~~  
6904 ~~Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und~~  
6905 ~~des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum~~  
6906 ~~30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Be-~~  
6907 ~~schlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu~~  
6908 ~~Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung~~  
6909 ~~in dem Abschnitt 1.6.~~

6910 ~~Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leis-~~  
6911 ~~tungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).~~

6912 ~~Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6~~  
6913 ~~Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrech-~~  
6914 ~~nungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.~~

6915 ~~Bei Aktualisierungen des EBM prüft Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft jährlich regel-~~  
6916 ~~mäßig den Behandlungsumfang Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise~~  
6917 ~~des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.~~

6918 [Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL\\*](#)

---

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

6919

6920 **Anlage 3** **Hochspezialisierte Leistungen**



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 10.12.2025

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):  
Aktualisierung ASV-RL**

*Ihr Schreiben vom 26.11.2025*

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

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

Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stellungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angelegenheit keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

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

**Anlage**



Geschäftsstelle der  
Bundesärztekammer  
in Berlin



## **Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL**

Datum	10.12.2025
Stellungnahme von	Bundesärztekammer

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

Allgemeine Anmerkung
Die Bundesärztekammer begrüßt, dass in dem vorgelegten Beschlussentwurf die Änderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vom 03.07.2025 (Überführung von Zusatz-Weiterbildungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunkte des Gebietes) übernommen wurden. Hierbei ist zu beachten, dass die Änderungen der MWBO von den Landesärztekammern in die jeweiligen Weiterbildungsordnungen übernommen werden müssen, um Rechtsverbindlichkeit zu erlangen. Die Umsetzung erfolgt erfahrungsgemäß sukzessive und zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den einzelnen (Landes-)Ärztekammern.

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ( <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i> )
§ 4a Nummer 6 Kurative Mammographie a) Anforderungen an die fachliche Befähigung/ Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>KBV und GKV-SV fordern neben dem Facharzt für Radiologie alternativ den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der „Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma“. Die DKG dagegen fordert alternativ nur den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.</p> <p>Die Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden- der Mamma“ wurde im Rahmen der letzten Novellierung der MWBO gestrichen und ist in der MWBO 2018 nicht mehr abgebildet. Auf diesen Umstand weisen auch KBV und GKV-SV in den Tragenden Gründen hin, begründen die Aufrechterhaltung der Forderung nach dieser Qualifikation aber damit, dass möglichen Anpassungen der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) der KBV nicht vorgegriffen werden soll.</p> <p>Dieses Vorgehen irritiert insofern, als es im Widerspruch zur Aktualisierung der Weiterbildungsbezeichnungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin steht (vgl. Allgemeine Anmerkung), die im vorliegenden Beschlussentwurf umgesetzt werden soll. Grundsätzlich erscheint eine Orientierung an der jeweils aktuellen Fassung der MWBO sinnvoll – und somit ein Verzicht auf veraltete Bezeichnungen.</p> <p>Hinzu kommt, dass der Vorschlag von GKV-SV und KBV auch aus fachlich-inhaltlicher Perspektive betrachtet werden muss: In der MWBO 2003 existierte die Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden-“, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik u. a. der Mamma umfasste. Für die organspezifische Qualifikation „Röntgendiagnostik Mamma“ mussten 12 Monate Tätigkeit bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie oder für Röntgendiagnostik -fachgebunden- nachgewiesen werden, die auch während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden konnten. Bei dieser Zusatz-Weiterbildung sah die MWBO weder mammographiespezifische Inhalte noch Richtzahlen, etwa in Bezug auf die Zahl nachzuweisender durchgeführter Mammographien, vor. Eine orientierende Recherche in den „alten“ Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern hat – sofern diese noch verfügbar waren – ein heterogenes Bild ergeben: Teils wurden hier Richtzahlen (meist 500) und/oder weitere Inhalte festgelegt, teils wurde darauf verzichtet.</p> <p>KBV und GKV-SV geben in den Tragenden Gründen an, dass die Zusatz-Weiterbildung noch in einzelnen „regionalen Weiterbildungsordnungen“ existiere. Es ist richtig, dass der Erwerb der Bezeichnung „Röntgendiagnostik -fachgebunden- der Mamma“ noch in einzelnen</p>

	<p>Kammerbereichen im Rahmen von Übergangsbestimmungen möglich ist. Für diejenigen Frauenärztinnen und Frauenärzte aber, die ihre Weiterbildung nach „neuer“ Weiterbildungsordnung auf Basis der MWBO 2018 absolvieren, ist die geforderte Qualifikation nicht mehr erwerbbar. Ihnen wäre der Zugang zur ASV somit verwehrt. Gleichzeitig sind noch zahlreiche Inhaber der Qualifikation in der Versorgung tätig.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach der Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden-“ problematisch, weil sie jüngeren Fachärztinnen und Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe den Zugang zur ASV verunmöglichen würde. Zudem ist die kurative Mammographie in der MWBO im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nicht als Weiterbildungsinhalt abgebildet. Mutmaßlich aus diesem Grund oder ggf. in Angleichung an die aktuelle QSV „Kurative Mammographie“ fordert der Beschlussentwurf zusätzlich zur Facharztqualifikation Radiologie bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe den Nachweis weiterer Anforderungen (Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mind. 500 Patientinnen, selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mind. 500 Fällen, persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mind. 100 Patientinnen). Im Gegensatz zu dem heterogenen Bild in Bezug auf die Richtzahlen der Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden- der Mamma“ (s. o.) sind somit bundesweit einheitliche konkrete Mindestfallzahlen vorgesehen. Dies ist insbesondere als ergänzende Vorgabe für die Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe von Relevanz.</p> <p>In der Zusammenschau der beschriebenen Aspekte tendiert die Bundesärztekammer daher dazu, für den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf die Anforderung der Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden- der Mamma“ für die Teilnahme an der ASV zu verzichten.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Übernahme Vorschlag DKG</p>
<p>§ 4a Nummer 6 Kurative Mammographie a) Anforderungen an die fachliche Befähigung/ Fallsammlung</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Der GKV-SV fordert – zusätzlich zu den konsentierten Nachweisen von Richtzahlen zu Palpation/Inspektion, selbstständiger Befundung von Mammographien und persönlicher Einstellung des Strahlengangs – die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer umfangreichen Fallsammlung bei einer Kassenärztlichen Vereinigung (analog QSV „Kurative Mammographie“) oder alternativ eine hinsichtlich der Organisation und Abnahme nicht näher definierte „erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung“.</p> <p>Diese zusätzliche Vorgabe erscheint problematisch, da die KV die Prüfung mutmaßlich nur für Vertragsärzte übernehmen kann und sich für alle anderen Ärzte (insbesondere aus dem Krankenhaus) die Frage stellt, wer die Fallsammlung bereitstellen sowie deren Beurteilung überwachen und bewerten soll.</p>

	<p>Das offenbar hinter dieser Forderung stehende Anliegen, die Beurteilungsroutine von Mammographieaufnahmen zu fördern, ist auf diese Weise nicht praktikabel umsetzbar und würde letztlich ein bürokratisches Hemmnis für die Teilnahme an der ASV darstellen. Daher wird die Position des GKV-SV an dieser Stelle nicht unterstützt.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Übernahme Vorschlag DKG und KBV</p>



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  
26. November 2025

Durchwahl  
-142

Datum  
19. Dezember 2025

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

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):  
Aktualisierung ASV-RL**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung  
übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten  
Aktualisierung der ASV-RL.

Die Bundeszahnärztekammer gibt hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

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: +492289977998238

E-Mail: BS4@bfdi.bund.de

Aktenz.: BS4-315/072#1570  
(bitte immer angeben)

Dok.: 129129/2025

Anlage:

Bonn, 19.12.2025

## **Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung ASV-RL**

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

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Beschlussentwurf.  
Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Oster

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

Auswertung der Stellungnahmen  
gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Inhalt

**I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen**

**II. Anhörung**

**I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen**

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

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesärztekammer (BÄK)	10. Dezember 2025	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	19. Dezember 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	19. Dezember 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

**Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen**

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 20. Januar 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 11. Februar 2026 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: <b>11. Februar 2026</b> )
1.	Bundesärztekammer (BÄK) vom 10. Dezember 2025		
1.1	Bundesärztekammer (BÄK) vom 10.12.2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt, dass in dem vorgelegten Beschlussentwurf die Änderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vom 03.07.2025 (Überführung von Zusatz-Weiterbildungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunkte des Gebietes) übernommen wurden. Hierbei ist zu beachten, dass die Änderungen der MWBO von den Landesärztekammern in die jeweiligen Weiterbildungsordnungen übernommen werden müssen, um Rechtsverbindlichkeit zu erlangen. Die Umsetzung erfolgt erfahrungsgemäß sukzessive und zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den einzelnen (Landes-)Ärztchenkammern.</p>	Dank und Kenntnisnahme
1.2	Bundesärztekammer (BÄK) vom 10.12.2025	<p>§ 4a Nummer 6 Kurative Mammographie</p> <p>a) Anforderungen an die fachliche Befähigung/ Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma</p> <p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> KBV und GKV-SV fordern neben dem Facharzt für Radiologie</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Frage des Inhalts der Weiterbildung nicht beantwortet</p> <p><b>DKG:</b> Verzicht auf alte Bezeichnung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: <b>11. Februar 2026</b> )
		<p>alternativ den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der „Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma“. Die DKG dagegen fordert alternativ nur den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.</p> <p>Die Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden- der Mamma“ wurde im Rahmen der letzten Novellierung der MWBO gestrichen und ist in der MWBO 2018 nicht mehr abgebildet. Auf diesen Umstand weisen auch KBV und GKV-SV in den Tragenden Gründen hin, begründen die Aufrechterhaltung der Forderung nach dieser Qualifikation aber damit, dass möglichen Anpassungen der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) der KBV nicht vorgegriffen werden soll.</p> <p>Dieses Vorgehen irritiert insofern, als es im Widerspruch zur Aktualisierung der Weiterbildungsbezeichnungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin steht (vgl. Allgemeine Anmerkung), die im vorliegenden Beschlussentwurf umgesetzt werden soll. Grundsätzlich erscheint eine Orientierung an der jeweils aktuellen Fassung der MWBO sinnvoll – und somit ein Verzicht auf veraltete Bezeichnungen.</p> <p>Hinzu kommt, dass der Vorschlag von GKV-SV und KBV auch aus fachlich-inhaltlicher Perspektive betrachtet werden</p>	<p><b>GKV-SV, KBV:</b> Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: <b>11. Februar 2026</b> )
		<p>muss: In der MWBO 2003 existierte die Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden-“, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik u. a. der Mamma umfasste. Für die organspezifische Qualifikation „Röntgendiagnostik Mamma“ mussten 12 Monate Tätigkeit bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie oder für Röntgendiagnostik -fachgebunden- nachgewiesen werden, die auch während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden konnten. Bei dieser Zusatz-Weiterbildung sah die MWBO weder mammographiespezifische Inhalte noch Richtzahlen, etwa in Bezug auf die Zahl nachzuweisender durchgeführter Mammographien, vor. Eine orientierende Recherche in den „alten“ Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern hat – sofern diese noch verfügbar waren – ein heterogenes Bild ergeben: Teils wurden hier Richtzahlen (meist 500) und/oder weitere Inhalte festgelegt, teils wurde darauf verzichtet.</p> <p>KBV und GKV-SV geben in den Tragenden Gründen an, dass die Zusatz-Weiterbildung noch in einzelnen „regionalen Wei-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: <b>11. Februar 2026</b> )
		<p>terbildungsordnungen“ existiere. Es ist richtig, dass der Erwerb der Bezeichnung „Röntgendiagnostik -fachgebunden-der Mamma“ noch in einzelnen Kammerbereichen im Rahmen von Übergangsbestimmungen möglich ist. Für diejenigen Frauenärztinnen und Frauenärzte aber, die ihre Weiterbildung nach „neuer“ Weiterbildungsordnung auf Basis der MWBO 2018 absolvieren, ist die geforderte Qualifikation nicht mehr erwerbbar. Ihnen wäre der Zugang zur ASV somit verwehrt. Gleichzeitig sind noch zahlreiche Inhaber der Qualifikation in der Versorgung tätig.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach der Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden-“ problematisch, weil sie jüngeren Fachärztinnen und Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe den Zugang zur ASV verunmöglichen würde. Zudem ist die kurative Mammographie in der MWBO im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nicht als Weiterbildungsinhalt abgebildet. Mutmaßlich aus diesem Grund oder ggf. in Angleichung an die aktuelle QSV „Kurative Mammographie“ fordert der Beschlussentwurf zusätzlich zur Facharztqualifikation Radiologie bzw. Frauenheil-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: <b>11. Februar 2026</b> )
		<p>kunde und Geburtshilfe den Nachweis weiterer Anforderungen (Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mind. 500 Patientinnen, selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mind. 500 Fällen, persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mind. 100 Patientinnen). Im Gegensatz zu dem heterogenen Bild in Bezug auf die Richtzahlen der Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden- der Mamma“ (s. o.) sind somit bundesweit einheitliche konkrete Mindestfallzahlen vorgesehen. Dies ist insbesondere als ergänzende Vorgabe für die Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe von Relevanz.</p> <p>In der Zusammenschau der beschriebenen Aspekte tendiert die Bundesärztekammer daher dazu, für den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf die Anforderung der Zusatz-Weiterbildung „Röntgendiagnostik -fachgebunden- der Mamma“ für die Teilnahme an der ASV zu verzichten.</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag:  Übernahme Vorschlag DKG</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: <b>11. Februar 2026</b> )
1.3	Bundesärztekammer (BÄK) vom 10.12.2025	<p>§ 4a Nummer 6 Kurative Mammographie  a) Anforderungen an die fachliche Befähigung/  Fallsammlung</p> <p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Der GKV-SV fordert – zusätzlich zu den konsentierten Nachweisen von Richtzahlen zu Palpation/Inspektion, selbstständiger Befundung von Mammographien und persönlicher Einstellung des Strahlengangs – die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer umfangreichen Fallsammlung bei einer Kassenärztlichen Vereinigung (analog QSV „Kurative Mammographie“) oder alternativ eine hinsichtlich der Organisation und Abnahme nicht näher definierte „erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung“.</p> <p>Diese zusätzliche Vorgabe erscheint problematisch, da die KV die Prüfung mutmaßlich nur für Vertragsärzte übernehmen kann und sich für alle anderen Ärzte (insbesondere aus dem Krankenhaus) die Frage stellt, wer die Fallsammlung bereitstellen sowie deren Beurteilung überwachen und bewerten soll.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> nur organisatorische keine inhaltlichen Bedenken, aus QS-Gründen Beibehaltung der Position</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: <b>11. Februar 2026</b> )
		<p>Das offenbar hinter dieser Forderung stehende Anliegen, die Beurteilungsroutine von Mammographieaufnahmen zu fördern, ist auf diese Weise nicht praktikabel umsetzbar und würde letztlich ein bürokratisches Hemmnis für die Teilnahme an der ASV darstellen. Daher wird die Position des GKV-SV an dieser Stelle nicht unterstützt.</p> <p>Änderungsvorschlag:  Übernahme Vorschlag DKG und KBV</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Änderung der ASV-RL: Aktualisierung der ASV-RL

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 26. November 2025 eingeladen bzw. im Unterausschuss ASV angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesärztekammer (BÄK)	nein	nein