GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

Tragende Gründe

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

Vom 15. Oktober 2026

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 2

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 2

3. Bürokratiekostenermittlung ... 7

4. Verfahrensablauf ... 7

5. Fazit ... 9

6. Literaturverzeichnis ... 9

7. Zusammenfassende Dokumentation ... 9

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) 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 GBA die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) beschlossen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

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

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

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

Nach § 116b Absatz 4 Satz 4 SGB V regelt der GBA die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Der GBA 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 GBA 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 MR-Angiographie und Zervix-Zytologie konkretisiert. Diese Leistungen dürfen in der ASV durchgeführt werden, wenn die Erfüllung der übergeordneten Tatbestände gemäß § 4a oder alternativ 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

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, wie 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 GBA zudem auf die Aufnahme von kontinuierlichen Prüfungen, da diese im Rahmen des ASV-Anzeigeverfahrens durch die eLA nicht umgesetzt werden können.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

2.1 Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Zu 7. Vakuumbiopsie der Brust

Der Bezugszeitpunkt für den Nachweis der selbständigen Indikationsstellung und Durchführung von Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und Vakuumbiopsien wird unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Anzeigeverfahrens für die Teilnahme an der ASV von „Antragstellung“ auf „Anzeige bei den erweiterte Landesausschüssen“ geändert.

Zu 8. MR-Angiographie

Die MR-Angiographie ist ein strahlenfreies, nicht-invasives bildgebendes Verfahren mittels Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) zur detaillierten Darstellung von Arterien und Venen. Die Durchführung der MR-Angiographie obliegt Fachärztinnen und Fachärzten für Radiologie. Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nennt für die Weiterbildung in der MR-Angiographie keine spezifischen Untersuchungszahlen. Deshalb müssen analog zu der zugrundeliegende QSV im niedergelassenen Bereich im Rahmen des ASV-Anzeigeverfahrens Mindestzahlen an selbstständig oder unter Anleitung durchgeführten MR-Angiographien nachgewiesen werden. Darüber hinaus ist eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit oder entsprechende Teilzeittätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung nachzuweisen. Auf diese Zeit kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diagnostik angerechnet werden. Die Tätigkeitszeit kann im Rahmen der Weiterbildung abgeleistet worden sein und stellt neben den geforderten Untersuchungszahlen eine ausreichende Erfahrung in der Durchführung von MR-Angiographien im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sicher.

Für die Durchführung von MR-Angiographien 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 relevanten Normen zu beachten. Im Beschluss selbst werden diese nicht explizit benannt, da sie unabhängig von der QS-Regelung in der ASV gelten. Auf die Festlegungen weiterer Anwendungsbereichsspezifischer apparativer Anforderungen wird im Rahmen der ASV verzichtet. Dies betrifft auch die in der QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V festgelegte Notfallausrüstung. Der GBA geht mit Verweis auf § 4 Abs. 2 Qualitätsmanagement-Richtlinie (in der Fassung vom 18. Juni 2026) davon aus, dass eine den typischen Risiken einer MR-Angiographie entsprechenden Notfallausstattung in der radiologischen Praxis oder Abteilung vorgehalten wird.

Kontrastmittel unterschiedlicher Art kommen routinehaft bei einer Vielzahl an bildgebenden Untersuchungen zum Einsatz und gehen mit unterschiedlichen Anforderungen an die Nachbeobachtung einher. In Anlehnung an die bisher getroffenen Regelungen zu bildgebenden Verfahren in der ASV verzichtet der GBA auf die Festlegung zusätzlicher Anforderungen. Die Vorgaben der jeweiligen Fachinformationen gelten unabhängig davon in welchem Setting die Anwendung erfolgt.

Zu 9. Zervix-Zytologie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen kurativer zytologischer Untersuchungen gemäß GOP 19327. Als Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV und die Ausführung der kurativen Zervix-Zytologie im Rahmen der ASV wurden fachliche Anforderungen an den Leistungserbringer definiert. Abweichend von den Bestimmungen der QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V sind ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzte für Pathologie zur Leistungserbringung berechtigt. Dies entspricht der bisherigen Zuordnung der GOP 19327 in den Appendizes der Anlagen zu gynäkologischen Tumoren, welche aufgrund der onkologischen Spezialisierung des Kernteams erfolgte. Die fachlichen Anforderungen im Anhang zu § 4a ASV-RL folgen dieser Systematik und beziehen daher nur die Facharztgruppe Pathologie ein.

Neben den Anforderungen an den zytologieverantwortlichen Arzt wurden analog zur QS-Vereinbarung auch Anforderungen an die Zytologieeinrichtung übernommen. So muss die Einrichtung eine jährliche Mindestzahl an zytologischen Untersuchungen durchführen, die als Indikator für eine ausreichende Erfahrung mit der Leistung dient und damit die Qualität der Befundung sicherstellen soll.

Der GBA geht darüber hinaus davon aus, dass die räumlichen Anforderungen an den zytologischen Arbeitsplatz gemäß den aktuellen Anforderungen der medizinischen Wissenschaft und Technik erfüllt werden. Regelungen wie die Medizin-Produkte-Betreiber-Verordnung und die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) sind zu beachten, eine hohe Qualität der Befundung ist sicherzustellen, beispielsweise durch zytologieerfahrene Mitarbeiter.

2.2 Anpassungen von Leistungen, die mehrere erkrankungsspezifische Regelungen betreffen

Perkutane Biopsie (GOP 02344)

Die perkutane Biopsie wird entsprechend den im obligaten Leistungsinhalt der GOP 02344 beschriebenen Lokalisationen und Indikationen in den onkologischen sowie in den Anlagen neuromuskuläre Erkrankungen, Tuberkulose, Sarkoidose und Rheumatologische Erkrankungen den Fachgruppen zugeordnet, die die aufgeführten Punktionen durchführen.

Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454) (GOP 32455)

Laut aktueller S3-Leitlinie zur Supportiven Therapie bei onkologischen Patienten [1] tritt bei ca. 75% aller onkologischen Patientinnen und Patienten unter Therapie eine symptomatische Anämie auf, deren Ursachen abgeklärt werden sollten. Dazu gehört auch die Beurteilung des Eisenstatus. Hierzu wird auch regelhaft der lösliche Transferrin-Rezeptor bestimmt, sodass die entsprechende GOP in den Anlagen zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, zu gynäkologischen Tumoren, zu urologischen Tumoren, zu Tumoren der Haut, zu Tumoren der Lunge und des Thorax, zu Kopf- oder Halstumoren, zu Tumoren des Gehirns und

der peripheren Nerven, zu Knochen- und Weichteiltumoren sowie zu Augentumoren ergänzt wird.

Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie (GOP 32817)

Vor einer geplanten Immunsuppression kann die Bestimmung von Hepatitis B-Virus DNA erforderlich sein, um latente Infektionen zu erkennen. Die erforderlichen GOP werden in den Anlagen zu rheumatologischen Erkrankungen sowie zur Multiplen Sklerose ergänzt.

Hepatitis C-Virus-RNA, quantitativ (GOP 32823)

Auch die Bestimmung von Hepatitis C-Virus-RNA kann im Rahmen einer Immunsuppression bei bestimmten Konstellationen erforderlich sein, um eine aktive Infektion auszuschließen. Die entsprechende GOP wird vor diesem Hintergrund in den Anlagen zu rheumatologischen Erkrankungen ergänzt.

Fraktursonographie (GOP 33053)

Der GBA hat mit Beschluss vom 17. Oktober 2024 für die Fraktursonografie bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten einen Nutzen insbesondere zur Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung festgestellt und die Kriterien zur Anerkennung für die vertragsärztliche Versorgung als erfüllt angesehen. Der Bewertungsausschuss hat entsprechend mit Wirkung zum 01.10.2025 die Untersuchung in den EBM aufgenommen. Mit dem vorliegenden Beschluss wird diese Untersuchung auch in der ASV ermöglicht und in alle Appendizes zu Anlagen aufgenommen, im Rahmen derer Kinder betreut werden können.

Muskel- und/oder Nervensonographie (GOP 33100)

Die Muskel- und/oder Nervensonographie gemäß GOP 33100 wird schwerpunktmäßig durch Neurologen durchgeführt. Zudem schließt der EBM mit Bestimmung Nr. 6 in der Präambel 33 Ultraschall die Durchführung der Leistung durch Radiologen aus. In Folge wird die Zuordnung der Leistung für die radiologische(n) Fachgruppe(n) gestrichen.

Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (GOP 35100) sowie Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (GOP 35110)

Die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände gemäß GOP 35100 und die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen gemäß GOP 35110 wurden in den Appendizes fehlerhaft auch den psychologischen Psychotherapeuten zugeordnet. Um nicht von den Regelungen des EBM abzuweichen, wird diese Zuordnung gestrichen.

Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Zum 1. Januar 2026 wurde die Onkologie- Vereinbarung um die neue Kostenpauschale 86522 für die subkutane medikamentöse Tumortherapie erweitert. Da die subkutane Therapieform auch in der ASV möglich sein soll, wird der Verweis auf diese Kostenpauschale als weitere spezifische Leistung im Behandlungsumfang der onkologischen Anlagen sowie der Anlage 2n) allogener Stammzelltransplantation ergänzt.

Zusätzliche Aufwände für die Palliativversorgung für die Facharztgruppe Nuklearmedizin

Da die Fachgruppe Nuklearmedizin auch dem Kernteam angehören kann, wurden ihr beide im Abschnitt „weitere spezifische Leistungen“ aufgeführten Palliativversorgungsleistungen zugeordnet.

2.3 Anpassung einzelner erkrankungsspezifischer Regelungen

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Indikationsstellung und Therapie mit Erdafitinib (GOPen 19421, 19424)

Die Therapie mit Erdafitinib (Handelsname Balversa) ist seit August 2024 für vorbehandelte Erwachsene mit fortgeschrittenem Blasenkrebs, der nicht mehr operiert werden kann oder Metastasen gebildet hat, in Deutschland zugelassen. Vor der Einnahme von Balversa muss laut Fachinformation das Vorliegen einer oder mehrerer bestimmter genetischer *FGFR3*-Veränderungen als sog. *Companion Diagnostic* (CDx) durch einen CE-gekennzeichneten Test mit entsprechender Zweckbestimmung nachgewiesen worden sein. Der GBA nimmt die Mutationssuche bzw. den Nachweis von Punktmutationen als Leistung in den Appendix auf.

Zuordnung der zusätzlichen Aufwände für die Facharztgruppe Nuklearmedizin gemäß Kostenpauschalen (GOPen 86512, 86514, 86516, 86520) der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Da die Facharztgruppe Nuklearmedizin auch im Kernteam der ASV urologische Tumoren vertreten sein kann, wird diesen Ärzten und Ärztinnen analog zur Zuordnung in der ASV gastrointestinale Tumoren ebenfalls ermöglicht, die onkologischen Leistungen in Anlehnung an die Onkologie-Vereinbarung in der ASV durchzuführen.

Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche

zu Konkretisierung der Erkrankung

21. Lebensjahr

Fachärzteinnen und Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin dürfen laut (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Heranwachsende behandeln. Heranwachsende sind gemäß § 1 Absatz 2 Jugendgerichtsgesetzt Personen, die das 18. Lebensjahr, aber das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Gebietsdefinition in der MWBO folgend wird auch die Altersgrenze in dieser Anlage angepasst.

Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose

Zuschlag Transkavitäre Untersuchung (GOP 33090)

Der Versorgungsrealität folgend wird die transkavitäre Untersuchung gemäß GOP 33090 im Appendix nur für die Fachgruppen Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Urologie beibehalten, für die anderen Fachgruppen, denen die GOP zugeordnet war, gestrichen.

Kostenpauschale für den Teststoff Indozyaningrün bei Durchführung einer Fluoreszenzangiographischen Untersuchung im Zusammenhang mit den GOP 06331 oder 06332 (GOP 40682)

Durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses wurde die Kostenpauschale 40682 für den Teststoff Indozyaningrün in den EBM aufgenommen, der bislang Inhalt der Grundleistung gemäß GOP 06331 und 06332 war. Da die Fluoreszenzangiographie am Augenhintergrund (GOP 06331) im Appendix der Anlage Multiple Sklerose enthalten ist, ordnet der GBA die Kostenpauschale ebenfalls zu.

Anlage 2 b) Mukoviszidose

Angiokardiographie (GOP 34290)

Durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses wurde die Altersbegrenzung für die Durchführung der Angiokardiographie gemäß GOP 34290 aufgehoben. In Folge erfolgt die Zuordnung der Leistung ebenfalls zu den Kardiologen im Team.

Anlage 2 c) Hämophilie

Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung sowie Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec 4h (GOPen 30326, 33105)

Etranacogen dezaparvovec ist für die Behandlung von bestimmten erwachsenen Patientinnen und Patienten mit schwerer und mittelschwerer Hämophilie B indiziert. Für die Indikationsstellung ist unter anderem eine Beurteilung der Leber erforderlich, sodass die GOP 33105 in den Behandlungsumfang aufgenommen wird. Ebenso wird die GOP 30326 für die Durchführung der Infusionstherapie im Behandlungsumfang ergänzt.

Anlage 2 p) angeborenen Skelettsystemfehlbildungen

zu Personelle Anforderungen - Teamleitung

Es erfolgt eine Anpassung der Regelung in der Ebene der Teamleitung für den Fall, dass Kinder und Jugendliche behandelt werden. Im Einklang mit den Regelungen für die Behandlung von Erwachsenen sowie den analogen Regelungen in anderen krankheitsspezifischen Anlagen wird klargestellt, dass nur eine der aufgeführten Fachrichtungen die Teamleitung übernehmen kann.

Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind (GOPen 20338, 20339, 20340, 20377)

Die Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder bei Kindern war ursprünglich ausschließlich den Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie zugewiesen, die allerdings nicht zwingend dem Team angehören. Um die Versorgung kontinuierlich zu gewährleisten, ordnet der GBA diese Leistungen nun auch der Fachgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zu.

Zuschlag Verwendung eines C-Bogens (GOP 34287)

Die GOP 34287 Zuschlag Verwendung eines C-Bogens ist als Zuschlag zur GOP 34283 für die Serienangiographie vorgesehen. Da die Serienangiographie in der Anlage angeborene Skelettsystemfehlbildungen nicht zugeordnet ist, ist der Zuschlag formalstrukturell nicht zu berücksichtigen und wurde bei der Anpassung der zugeordneten Leistungen gestrichen.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Am 20. Januar 2026 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 10. Dezember 2025 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In insgesamt elf Sitzungen wurde der Beschlussentwurf 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
5. November 2025	AG ASV	Beratungen zur Übertragung der QS-Anforderungen Leistungsbereiche MR-Angiographie und Zervix-Zytologie
3. Dezember 2025	AG ASV	Beratungen zur Übertragung der QS-Anforderungen Leistungsbereiche MR-Angiographie und Zervix-Zytologie
10. Dezember 2025	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I (Appendizes)
20. Januar 2026	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I inkl. QS-Anforderungen
19. Februar 2026	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I inkl. QS-Anforderungen
26. Februar 2026	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I (Appendizes)
25. März 2026	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I inkl. QS-Anforderungen
26. März 2026	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I (Appendizes)
21. April 2026	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I inkl. QS-Anforderungen
23. April 2026	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I (Appendizes)
19. Mai 2026	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I inkl. QS-Anforderungen
21. Mai 2026	AG ASV-RL Appendix	Beratungen zur Aktualisierung der ASV-RL 2026-I (Appendizes)
10. Juni 2026	Unterausschuss ASV	Einleitung Stellungnahmeverfahren

14. Juli 2026	AG-Sitzung	Beratung; Vorbereitung Auswertung StnV
9. September 2026	Unterausschuss ASV	Auswertung Stellungnahmeverfahren
15. Oktober 2026	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 1**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des GBA über die jährliche Anpassung der Appendizes an den aktualisierten EBM und weitere Änderungen der ASV-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom 10. Juni 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 19. Juni 2026 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 17. Juli 2026.

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) verzichteten auf ihr Stellungnahmerecht (**Anlage 3**).

5. Fazit

Der GBA hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2026 beschlossen, die ASV-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

1. **Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Krebshilfe (DKH), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)).** Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen; S3-Leitlinie; Langversion 2.1 [online]. AWMF-Registernummer 032-054OL. Berlin (GER): Leitlinienprogramm Onkologie; 2026. [Zugriff: 26.10.2026]. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/Version_2/2026-02-27_Supportive_Therapie_Langversion_2.1.pdf.

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

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

Anlage 3: Rückmeldungen der Stellungnahmeberechtigten Organisationen

Berlin, den 15. Oktober 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

Gemeinsamer Bundesausschuss

Verteiler für das Stellungnahmeverfahren

nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V

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

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschlussentwurf

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

Stand: 19.06.2026
Hinweise:
Dissente Positionen sind gelb gekennzeichnet; Folgedissense oder redaktionell ggf. noch anzupassende Passagen sind grau markiert

Vom 15. Oktober 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss [ggf. G-BA] hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2026 beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B1), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom TT. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

KBV	**GKV-SV, DKG, PatV**
1. In § 8 wird Satz 3 durch den folgenden Satz ersetzt: „Abweichend von den Sätzen 1 und 2 besteht kein Überweisungserfordernis für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht, sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten.“	*[keine Aufnahme]*

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

a) In Nummer 7 wird der zweite Spiegelstrich durch den folgenden Spiegelstrich ersetzt:[1]

[1] Hinweis: Dieser Änderungsbefehl bezieht sich die ASV-RL in der Fassung des Änderungsbeschlusses vom 19.03.2026. Dieser Änderungsbeschluss ist noch nicht in Kraft getreten.

„- selbständige Indikationsstellung und Durchführung von

- 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von
- 25 Vakuumbiopsien

unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Anzeige der Teilnahme bei den erweiterten Landesausschüssen“

b) Nach Nummer 7 werden die folgenden Nummern 8 und 9 eingefügt:[2]

„

8. MR-Angiographie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen der Angiographien mittels Magnet-Resonanz-Tomographie (MR-Angiographie) gemäß den GOP 34470 bis 34492 des EBM.

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung

- Facharztbezeichnung Radiologie

und

- Selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße)

und

- mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit oder entsprechende Teilzeittätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.

9. Zervix-Zytologie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen kurativer zytologischer Untersuchungen gemäß GOP 19327.

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung des zytologieverantwortlichen Arztes

- Facharztbezeichnung Pathologie

GKV-SV	**DKG, KBV**
und - Erfolgreiche Teilnahme an einer Präparateprüfung gemäß Anlage 1 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (in der Fassung vom 01. April 2025).	*[keine Aufnahme]*

[2] Siehe Fußnote 1

GKV-SV, KBV	DKG
b) Anforderungen an die Zytologieeinrichtung In der Einrichtung müssen jährlich mindestens 12.000 Fälle - davon 1.000 unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren – beurteilt werden. Einrichtungen, die zytologische Präparate von gynäkologischen Fachabteilungen zur Beurteilung erhalten, sind geeignet, wenn sie mindestens 6.000 Fälle im Jahr befunden, die einen hohen Anteil histologisch abklärungsbedürftiger Befunde aufweisen.	*[keine Aufnahme]*

"

3. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird in „Weitere spezifische Leistungen" nach dem achten Spiegelstrich der folgende Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))"

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis."	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:[3]

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss

[3] 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 19.03.2026 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 2 m) Kurzdarmsyndrom, und der Anlage 2 p) Skelettsystemfehlbildungen 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.

nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 1** einsetzen]*“.

4. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird unter „Weitere spezifische Leistungen“ nach dem siebten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV	**GKV-SV, DKG, PatV**
b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	*[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen

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

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

*[hier **Anhang 2** einsetzen]*".

5. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen" wird wie folgt geändert:

aa) nach dem fünften Spiegelstrich wird folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))"

PatV bb) nach dem letzten Spiegelstrich wird folgender Spiegelstrich eingefügt: „99mTc-Trofolastat-PSMA SPECT/CT bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA, sofern eine zeitgerechte PSMA-PET/PET-CT nicht verfügbar ist."	**GKV-SV, DKG, KBV** *[keine Aufnahme]*

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis."	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

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

Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 3: urologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 3** einsetzen]*".

6. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen" wird nach dem letzten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))"

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV	**GKV-SV, DKG, PatV**
b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis."	*[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 4: Hauttumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des

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

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

*[hier **Anhang 4** einsetzen]*“.

7. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 5 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ wird nach dem letzten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 5** einsetzen]*“.

8. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 6 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ wird nach dem letzten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV	**GKV-SV, DKG, PatV**
b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	*[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 6** einsetzen]*“.

9. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 7 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ wird nach dem letzten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird der dritte Satz durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 7** einsetzen]*“.

10. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 8 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ wird nach dem letzten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 8** einsetzen]*“.

11. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 9 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ wird nach dem letzten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 9** einsetzen]*“.

12. Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 10 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ wird nach dem letzten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird Satz 4 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

*[hier **Anhang 10** einsetzen]*“.

13. Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 1 wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den

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

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

*[hier **Anhang 11** einsetzen]*“.

14. Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird Satz 1 durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen rheumatologischer Erkrankungen.“

b) In Nummer 3 Buchstabe b wird nach dem letzten Spiegelstrich der folgende Satz eingefügt:

„Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie benannt werden.“

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV c) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

d) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter

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

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

*[hier **Anhang 12** einsetzen]*“.

15. Anlage 1.1 Buchstabe c wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Chronisch entzündliche Darmerkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 13** einsetzen]*“.

16. Anlage 1.2 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Multiple Sklerose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 14** einsetzen]*“.

17. Anlage 1.2 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage zerebrale Anfallsleiden dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 15** einsetzen]“.*

18. Anlage 2 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die

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

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

*[hier **Anhang 16** einsetzen]“.*

19. Anlage 2 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Mukoviszidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 17** einsetzen]“.*

20. Anlage 2 Buchstabe c wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Hämophilie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 18** einsetzen]“.*

21. Anlage 2 Buchstabe d wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage neuromuskuläre Erkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 19** einsetzen]“.*

22. Anlage 2 Buchstabe e wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 B der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die

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

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

*[hier **Anhang 20** einsetzen]“.*

23. Anlage 2 Buchstabe h wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Morbus Wilson dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 21** einsetzen]“.*

24. Anlage 2 Buchstabe k wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Marfan-Syndrom dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 22** einsetzen]“.*

25. Anlage 2 Buchstabe l wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 3 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage pulmonale Hypertonie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 23** einsetzen]“.*

26. Anlage 2 Buchstabe m wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

b) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt: [4]

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

[4] 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 18.12.2025 wegen eines entsprechenden Beschlusses des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 5a Satz 1 ASV-RL außer Kraft getreten ist.

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 18. Dezember 2025 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

*[hier **Anhang 24** einsetzen]“.*

27. Anlage 2 Buchstabe n Transplantationsgruppe 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird in „Weitere spezifische Leistungen“ nach dem achten Spiegelstrich der folgende Spiegelstrich eingefügt:

„- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))“

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

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV c) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

d) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL

*[hier **Anhang 25** einsetzen]“.*

28. Anlage 2 Buchstabe o wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV a) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

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

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage ausgewählte seltene Lebererkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen

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

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

*[hier **Anhang 26** einsetzen]“.*

29. Anlage 2 Buchstabe p wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3.1. Buchstabe a wird nach der Angabe „ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie“ die Angabe „und/“ gestrichen.

Folgedissens zu § 8 Überweisungen	
KBV b) In Nummer 4 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls kein Überweisungserfordernis.“	**GKV-SV, DKG, PatV** *[keine Aufnahme]*

c) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt: [5]

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 18. Dezember 2025 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

[5] 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 18.12.2025 wegen eines entsprechenden Beschlusses des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 5a Satz 1 ASV-RL außer Kraft getreten ist.

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

*[hier **Anhang 27** einsetzen]“*

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses [ggf. G-BA] unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 15. Oktober 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgrupe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

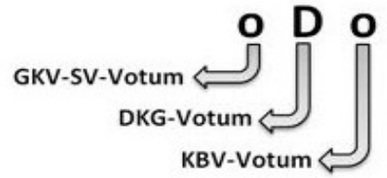
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

						Kernteam								Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Allgemeinchirurgie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Nuklearmedizin (Kernteam)	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

		Kernteam								Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Allgemeinchirurgie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Nuklearmedizin (Kernteam)	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgrupe 2: Gynäkologische Tumoren
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

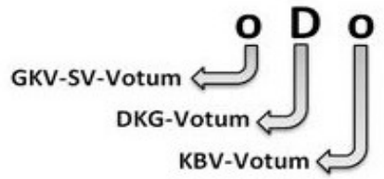
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "gynäkologische Tumoren" - Abschnitt 1

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																				
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK

Appendix "gynäkologische Tumoren"- weitere spezifische Leistungen

		Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																			
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgrupe 3: Urologische Tumoren
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

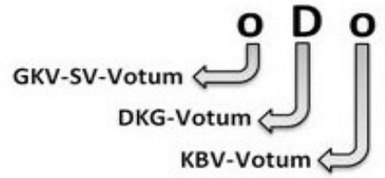
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Urologische Tumoren" - Abschnitt 1

						Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Nuklearmedizin	Strahlentherapie	Urologie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19421	Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19424	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

		Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Nuklearmedizin	Strahlentherapie	Urologie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	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))	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
2	Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
3	Zusätzlicher Aufwand für die intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
4	Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
5	Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK
6	Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
7	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

		Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Nuklearmedizin	Strahlentherapie	Urologie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
8	PatV: ^{99m}Tc-Trofolastat-PSMA SPECT/CT bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA, sofern eine zeitgerechte PSMA-PET/PET-CT nicht verfügbar ist.	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooK	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1a) Tumorgruppe 4: Hauttumoren
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

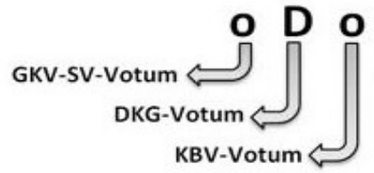
Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Hauttumoren" - Abschnitt 1

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																			
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK

Appendix "Hauttumoren" - weitere spezifische Leistungen

		Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgrupe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

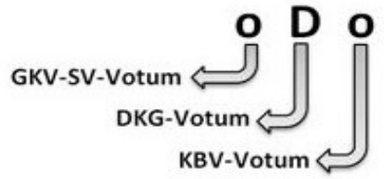
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Tumoren der Lunge und des Thorax" - Abschnitt 1

						Kernteam						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																			
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Herzchirurgie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	Innere Medizin und Pneumologie	Strahlentherapie	Thoraxchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie (Hinzuzuziehende)	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Orthopädie und Unfallchirurgie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

Appendix "Tumoren der Lunge und des Thorax" - weitere spezifische Leistungen

		Kernteam						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Herzchirurgie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	Innere Medizin und Pneumologie	Strahlentherapie	Thoraxchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie (Hinzuzuziehende)	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Orthopädie und Unfallchirurgie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgrupe 6: Kopf- oder Halstumoren
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

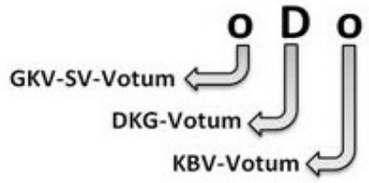
Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Kopf- oder Halstumoren" - Abschnitt 1

						Kernteam								Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nuklearmedizin (Kernteam)	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Haut- und Geschlechtskrankheiten (sofern nicht im Kernteam vertreten)	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix "Kopf- oder Halstumoren" - weitere spezifische Leistungen

		Kernteam								Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																				
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nuklearmedizin (Kernteam)	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Haut- und Geschlechtskrankheiten (sofern nicht im Kernteam vertreten)	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgrupe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

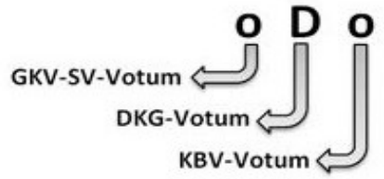
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven" - Abschnitt 1

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Neurochirurgie	Neurologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Neuropathologie	Nuklearmedizin	Orthopädie und Unfallchirurgie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

Appendix "Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven" - weitere spezifische Leistungen

		Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Neurochirurgie	Neurologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Neuropathologie	Nuklearmedizin	Orthopädie und Unfallchirurgie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

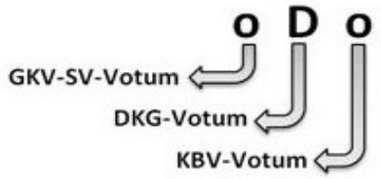
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Knochen- und Weichteiltumoren" - Abschnitt 1

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix "Knochen- und Weichteiltumoren" - weitere spezifische Leistungen

		Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

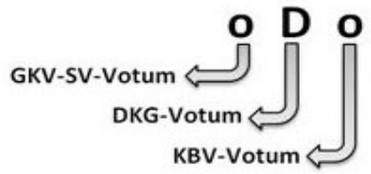
Legende

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

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Tumoren des Auges" - Abschnitt 1

						Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte												
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

		Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte												
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 130. ergBA vom 19.02.2026

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

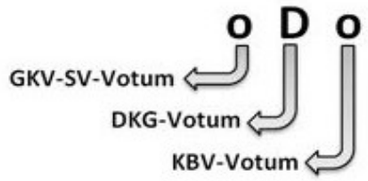
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Lymphome" - Abschnitt 1

						Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																						
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19401	Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19402	Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19403	Laborgrundpauschale Tumorgenetik	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19404	Aufarbeitung einer Gewebe- oder Organprobe	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19410	Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19411	Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19421	Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19424	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19430	Affinitätsanreicherung neoplastischer Zellen mittels spezifischer Ligand-Zell-Interaktion (z. B. immunomagnetische Anreicherung)	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19431	Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19432	Bestimmung des Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19433	B-Zell- oder T-Zell-Klonalitätsuntersuchung	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19434	Chimärismusanalyse nach allogener Stammzelltransplantation	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19435	Nachweis einer minimalen Resterkrankung bei hämatologischen Neoplasien	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19439	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 19435 für die Quantifizierung patientenspezifischer rearrangierter TCR- oder IG-Regionen zum Nachweis klonaler Genumlagerungen	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.4	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie	19451	Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.4	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie	19452	Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix "Lymphome" - Abschnitt 1

						Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																								
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
III	19	19.4.4	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie	19453	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK

Appendix "Lymphome" - weitere spezifische Leistungen

		Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																								
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

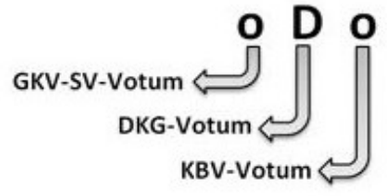
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene" - Abschnitt 1

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																			
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	32	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	32817	Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	32	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	32823	Hepatitis C-Virus-RNA, quantitativ	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

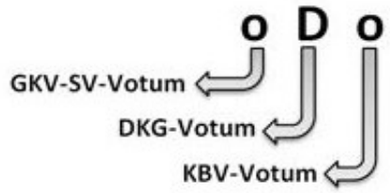
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche" - Abschnitt 1

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																												
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Augenheilkunde	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Neurologie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	32	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	32817	Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	32	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	32823	Hepatitis C-Virus-RNA, quantitativ	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Frakturs onographie	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

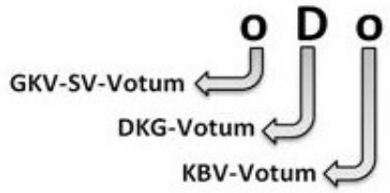
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Appendix "chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)" - Abschnitt 1

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendchirurgie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32623	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Masernvirus-Antikörper	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	32	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	32817	Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	32	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	32823	Hepatitis C-Virus-RNA, quantitativ	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Frakturonographie	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

Appendix Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

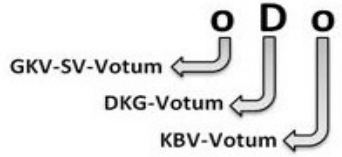
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Neurologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	32	32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	32817	Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
~~IV~~	~~32~~	~~32.3.12~~	~~Molekularbiologische Untersuchungen~~	~~32823~~	~~Hepatitis C-Virus-RNA, quantitativ~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	GDK	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~	~~ooo~~
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Frakturonographie	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK
V	40	40.11	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe und Untersuchungen und gynäkologische Eingriffe	40682	Kostenpauschale für den Teststoff Indozyaningrün bei Durchführung einer Fluoreszenzangiographischen Untersuchung im Zusammenhang mit den GOP 06331 oder 06332	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 1.2b) Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

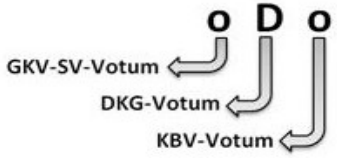
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Neurologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

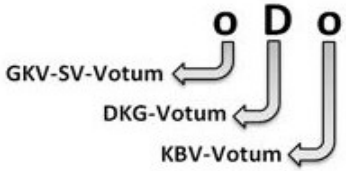
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte										
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Augenheilkunde	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Pathologie	Radiologie	Urologie
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	GDK
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Frakturonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo

Appendix Anlage 2 b) Mukoviszidose
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

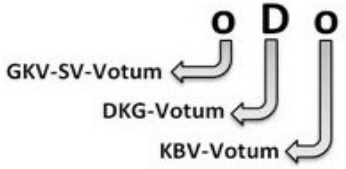
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																				
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
IV	34	34.2.9	Gefäße	34290	Angiokardiographie	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 c) Hämophilie
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

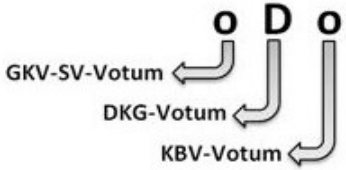
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam						Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	Allgemeinchirurgie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	30	30.3.3	Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	30326	Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec 4h	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33105	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

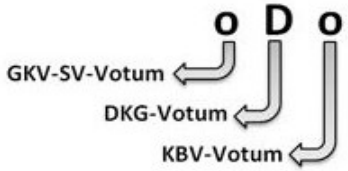
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam							Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																							
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	Neurologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Neuropathologie	Nuklearmedizin	Orthopädie und Unfallchirurgie	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32416	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32410 bis 32416 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 – Sarkoidose
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

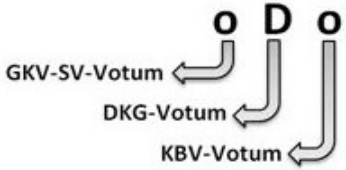
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																				
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Rheumatologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02344	Perkutane Biopsie	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 h) Morbus Wilson
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

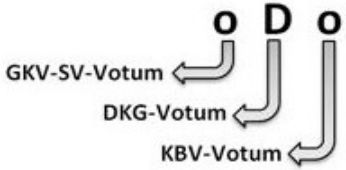
- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührungsordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Neurologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Humangenetik	Innere Medizin und Nephrologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 k) Marfan-Syndrom
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

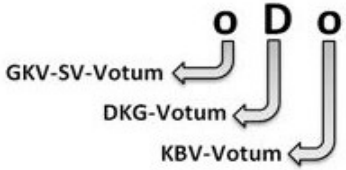
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

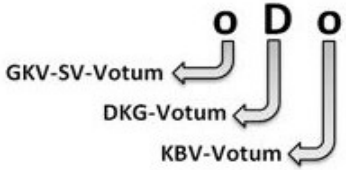
- Auszug aus dem Behandlungsumfang basierend auf den Gebührungsordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Nuklearmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026

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

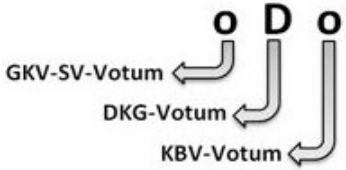
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendchirurgie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Radiologie	Urologie
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 2 o) Ausgewählte seltene Lebererkrankungen
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 129. ergBA vom 19.02.2026

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

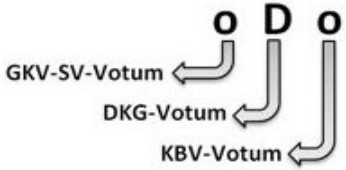
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte											
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Fraktursonographie	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	GDK

Appendix Anlage 2 n) Transplantationsgruppe 1: allogene Stammzelltransplantation
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026
letzter berücksichtigter ergBA-Beschluss: 130. ergBA vom 19.02.2026

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

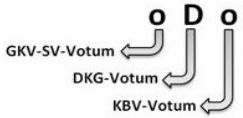
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																								
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG] Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Strahlentherapie	Transfusionsmedizin	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01220	Reanimationskomplex	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01221	Zuschlag Beatmung	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
II	01	1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01222	Zuschlag Defibrillation	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	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	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	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	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	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	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	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	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	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	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01671	Telekonsiliarische Beurteilung	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100	Infusion	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11233	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11234	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11235	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11236	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	11	11.4.2	Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen	11355	Noonan-Syndrom - Mutationssuche	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																													
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG] Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Strahlentherapie	Transfusionsmedizin	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
III	11	11.4.2	Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen	11356	Noonan-Syndrom - weitere Gene	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	11	11.4.3	In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11516	Untersuchung auf konstitutionelle epigenetische Veränderungen mittels methylierungssensitiver Techniken	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19401	Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19402	Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19403	Laborgrundpauschale Tumorgenetik	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.1	Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19404	Aufarbeitung einer Gewebe- oder Organprobe	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19410	Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19411	Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19421	Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																												
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG] Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Strahlentherapie	Transfusionsmedizin	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
III	19	19.4.2	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19424	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19430	Affinitätsanreicherung neoplastischer Zellen mittels spezifischer Ligand-Zell-Interaktion (z. B. immunomagnetische Anreicherung)	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19431	Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19432	Bestimmung des Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19433	B-Zell- oder T-Zell-Klonalitätsuntersuchung	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19434	Chimärismusanalyse nach allogener Stammzelltransplantation	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19435	Nachweis einer minimalen Resterkrankung bei hämatologischen Neoplasien	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.3	Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien	19439	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 19435 für die Quantifizierung patientenspezifischer rearrangierter TCR- oder IG-Regionen zum Nachweis klonaler Genumlagerungen	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.4	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie	19451	Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.4	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie	19452	Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	19	19.4.4	In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie	19453	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	oDo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK
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)	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
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	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo
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	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																										
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Strahlentherapie	Transfusionsmedizin	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
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	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	GDK	GDK

Anlage 2 der Tragenden Gründe

		Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																											
Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	[DKG:] Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Strahlentherapie	Transfusionsmedizin	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
1	Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo

Appendix Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen
Stand: 19.06.2026
EBM Stand Quartal: 1. Quartal 2026

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

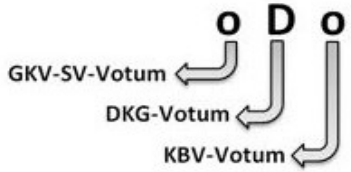
Legende

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:

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

Beispiel: **o D o**



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.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

						Kernteam										Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																											
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	Kinder- und Jugendmedizin	Innere Medizin und Nephrologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Nuklearmedizin	Pathologie	Phoniatrie und Pädaudiologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche	Radiologie
III	20	20.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	20338	Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	20	20.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	20	20.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
III	20	20.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	20377	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 bei Abstimmung mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33053	Frakturs onographie	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK
IV	34	34.2.9	Gefäße	34287	Zuschlag Verwendung eines C-Bogens	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo
IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	ooo	GDK	ooo	GDK	GDK	ooo	GDK	ooo	ooo	ooo

Gemeinsamer Bundesausschuss

Tragende Gründe

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

Stand: 19.06.2026

Legende:

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

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Positionen

Vom 15. Oktober 2026

Inhalt

1. Rechtsgrundlage 2

2. Eckpunkte der Entscheidung 2

3. Bürokratiekostenermittlung 13

4. Verfahrensablauf 13

5. Fazit 13

6. Literaturverzeichnis 14

7. Zusammenfassende Dokumentation 14

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

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

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

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

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.

DKG, GKV-SV	**KBV**
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	Der G-BA überträgt sukzessiv die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V in den Anhang zu § 4a ASV-Richtlinie, die relevant für Leistungen sind, die auch in der ASV durchgeführt werden können. Aus Sicht des G-BA gelten die Anforderungen an die qualitätsgesicherten Leistungen sowohl für die entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1 eines Appendix als auch für die Leistungen, die unter 2 Behandlungsumfang – weitere spezifische Leistungen einer Anlage aufgeführt sind sowie für Leistungen in Kapitel 50 oder 51 EBM. Voraussetzung ist, dass die technische Durchführung der jeweiligen Leistung identisch und unabhängig von einer Indikation ist. Beispielsweise wurden mit Beschluss des G-BA vom 15. Mai 2025 (in Kraft seit 29. November 2025) im Anhang zu § 4a leistungsspezifische Qualitätsanforderungen bezüglich der Kernspintomographie der Mamma definiert. Diese beziehen sich explizit auf die Leistungen gemäß GOP 34431: „4. Kernspintomographie:

leistungsspezifischen Anhang des § 4a überführt.	Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf Leistungen der Kernspintomographie der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 des EBM“. In der Anlage gynäkologische Tumoren zur ASV- Richtlinie findet sich als weitere spezifische Leistung eine MRT-Untersuchung der Mamma bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz. Die Indikationen dieser Leistung weichen von den Indikationen der GOP 34431 ab. Es wäre aber nicht nachvollziehbar, wenn bei gleicher Grundleistung (Kernspintomogaphie) QS Vorgaben für die Durchführung der Leistung gemäß GOP 34431 erfüllt werden müssen, nicht aber für die Durchführung des MRT als weitere spezifische Leistung. Daher wird eine Klarstellung der Geltung der QS- Vorgaben vorgenommen.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden leistungsspezifische Anforderungen für die Leistungsbereiche MR-Angiographie und Zervix-Zytologie konkretisiert. Diese Leistungen dürfen in der ASV durchgeführt werden, wenn die Erfüllung der übergeordneten Tatbestände gemäß § 4a oder alternativ 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

DKG	**GKV-SV, KBV**
Der bürokratische Aufwand der Qualitätsnachweise in der ASV soll auf ein sinnvolles Maß beschränkt werden.	*[keine Aufnahme]*

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, wie 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, da diese im Rahmen des ASV-Anzeigeverfahrens durch die eLA nicht umgesetzt werden können.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

2.1 Anpassung in § 8 Überweisungen

KBV	GKV-SV, DKG, PatV
Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Auslegungen des vertragsärztlichen Überweisungserfordernisses von stationären Patientinnen und Patienten hat der G-BA in § 8 Satz 3 sowie in Punkt 4 der Anlagen eine Klarstellung vorgenommen. Sinn und Zweck des Verzichtes der Überweisung war und ist es, für Patienten überflüssige Wege zu vermeiden. Eine unterschiedliche Handhabung für Krankenhäuser und Vertragsärzte, die ASV-berechtigt sind und ins eigene Team einweisen, ist nicht vorgesehen und wäre nicht sachgerecht. Der Verzicht auf eine Überweisung durch Vertragsärzte gilt für Krankenhäuser demnach ebenfalls nur dann, wenn sie den Patienten vor Übernahme in das eigene ASV- Team stationär wegen der Indikation behandeln, die zur ASV- Aufnahme berechtigt. Ein Patient, der wegen einer Blinddarmoperation stationär versorgt wird, dürfte demnach nicht ohne vertragsärztliche Überweisung in das ASV- Team für Rheumatologische Erkrankungen des Krankenhauses aufgenommen werden, wenn während des stationären Aufenthaltes die rheumatische Erkrankung bekannt wird, ohne dass die Diagnose behandlungsrelevant wird.	*[keine Aufnahme]*

2.2 Anpassung im Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Zu 8. MR-Angiographie

Die MR-Angiographie ist ein strahlenfreies, nicht-invasives bildgebendes Verfahren mittels Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) zur detaillierten Darstellung von Arterien und Venen. Die Durchführung der MR-Angiographie obliegt Fachärztinnen und Fachärzten für Radiologie. Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nennt für die Weiterbildung in der MR-Angiographie keine spezifischen Untersuchungszahlen. Deshalb müssen analog zu der zugrundeliegende QSV im niedergelassenen Bereich im Rahmen des ASV-Anzeigeverfahrens Mindestzahlen an selbstständig oder unter Anleitung durchgeführten MR-Angiographien nachgewiesen werden. Darüber hinaus ist eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit oder entsprechende Teilzeittätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung nachzuweisen. Auf diese Zeit kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diagnostik angerechnet werden. Die Tätigkeitszeit kann im Rahmen der Weiterbildung abgeleistet worden sein und stellt neben den geforderten Untersuchungszahlen eine ausreichende Erfahrung in der Durchführung von MR-Angiographien im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sicher.

Für die Durchführung von MR-Angiographien 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 relevanten Normen zu beachten. Im Beschluss selbst werden diese nicht explizit benannt, da sie unabhängig von der QS-Regelung in der ASV gelten.

Auf die Festlegungen weiterer Anwendungsbereichsspezifischer apparativer Anforderungen wird im Rahmen der ASV verzichtet. Der G-BA geht davon aus, dass beispielsweise die Vorhaltung einer Notfallausrüstung im Rahmen weiterer gesetzlicher Regelungen sichergestellt ist.

Kontrastmittel unterschiedlicher Art kommen routinehaft bei einer Vielzahl an bildgebenden Untersuchungen zum Einsatz und gehen mit unterschiedlichen Anforderungen an die Nachbeobachtung einher. In Anlehnung an die bisher getroffenen Regelungen zu bildgebenden Verfahren in der ASV verzichtet der G-BA auf die Festlegung zusätzlicher Anforderungen. Die Vorgaben der jeweiligen Fachinformationen gelten unabhängig davon in welchem Setting die Anwendung erfolgt.

Zu 9. Zervix-Zytologie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen kurativer zytologischer Untersuchungen gemäß GOP 19327. Als Voraussetzung für die Abrechnung der kurativen Zervix-Zytologie im Rahmen der ASV wurden fachliche Anforderungen an den Leistungserbringer DKG streichen: definiert. Abweichend von den Bestimmungen der QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V sind ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzte für Pathologie zur Leistungserbringung berechtigt. Dies entspricht der bisherigen Zuordnung der GOP 19327 in den Appendizes der Anlagen zu gynäkologischen Tumoren, welche aufgrund der onkologischen Spezialisierung des Kernteams erfolgte. Die fachlichen Anforderungen im Anhang zu § 4a ASV-RL folgen dieser Systematik und beziehen daher nur die Facharztgruppe Pathologie ein.

GKV-SV	**KBV, DKG**
Fachärztinnen und Fachärzte für Pathologie müssen darüber hinaus bei der Anzeigestellung die erfolgreiche Teilnahme an einer einmaligen Präparateprüfung gemäß Anlage 1 der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie nachweisen.	*[keine Aufnahme]*

GKV-SV	**KBV**	**DKG**
Neben den Anforderungen an den zytologieverantwortlichen Arzt wurden analog zur QS-Vereinbarung auch Anforderungen an die Zytologieeinrichtung übernommen. So muss die Einrichtung eine jährliche Mindestzahl an zytologischen Untersuchungen durchführen, die als Indikator für eine ausreichende Erfahrung mit der Leistung dient und damit die Qualität der Befundung sicherstellen soll. Der G-BA geht darüber hinaus davon aus, dass die räumlichen Anforderungen an den zytologischen Arbeitsplatz gemäß den aktuellen Anforderungen der medizinischen Wissenschaft und Technik erfüllt	Der G-BA geht davon aus, dass die räumlichen Anforderungen an den zytologischen Arbeitsplatz gemäß den aktuellen Anforderungen der medizinischen Wissenschaft und Technik erfüllt werden. Übergeordnete Regelungen wie die Medizin- Produkte-Betreiber- Verordnung und die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) sind zu beachten, eine hohe Qualität der Befundung ist sicherzustellen, beispielsweise durch zytologieerfahrene Mitarbeiter.	*[keine Aufnahme]*

werden. Übergeordnete Regelungen wie die Medizin-Produkte-Betreiber-Verordnung und die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) sind zu beachten, eine hohe Qualität der Befundung ist sicherzustellen, beispielsweise durch zytologieerfahrene Mitarbeiter.		

2.3 Anpassungen von Leistungen, die mehrere erkrankungsspezifische Regelungen betreffen

KBV	**GKV-SV, DKG, PatV**
Das in einigen Anlagen aufgeführte erneute Überweisungserfordernis nach zwei Quartalen bezieht sich ebenfalls auf Patientinnen und Patienten, die erstmalig nicht aus der vertragsärztlichen Versorgung, sondern durch ein Krankenhaus ins eigene ASV-Team übernommen wurden. Die Prüfung der weiter bestehenden ASV-Indikation hat durch einen nicht in der ASV behandelnden Vertragsarzt bzw. eine nicht in der ASV behandelnde Vertragsärztin zu erfolgen. Es wäre nicht sachgerecht, wenn ASV-Berechtigter und Vertragsarzt bzw. Krankenhausarzt identisch sind - unabhängig von der vorherigen Überweisung bzw. Übernahme in die ASV.	*[keine Aufnahme]*

Perkutane Biopsie (GOP 02344)

Die perkutane Biopsie wird entsprechend den im obligaten Leistungsinhalt der GOP 02344 beschriebenen Lokalisationen und Indikationen in den onkologischen sowie in den Anlagen neuromuskuläre Erkrankungen, Tuberkulose, Sarkoidose und Rheumatologische Erkrankungen den Fachgruppen zugeordnet, die die aufgeführten Punktionen durchführen.

DKG	**GKV-SV, KBV, PatV**
Zuordnung des Kapitels 19.4 (GOPen 19401, 19402, 19403, 19404, 19410, 19411, 19421, 19424, 19430, 19431, 19432, 19433, 19434, 19435, 19439, 19451, 19452, 19453) zur Facharztgruppe Labormedizin Anders als bei soliden Tumoren werden molekularpathologische Untersuchungen bei hämato-onkologischen Erkrankungen mittles labormedizinisch-hämatologischer Untersuchungsverfahren direkt an den Zellen durchgeführt und nicht an präparierten Tumorgewebe. Die fachliche Expertise für diese Untersuchungen liegt bei mehreren Fachgruppen vor. Entsprechend haben sich in der Versorgung krankheitsspezifische Referenzlabore und Referenzpathologien mit Beteiligung unterschiedlicher Einrichtungen und Fachärzte etabliert. Auch der EBM ermöglicht vor diesem Hintergrund die Durchführung	*[keine Aufnahme]*

der Untersuchungen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin. Um auch in der ASV auf diese spezielle fachliche Expertise zugreifen zu können, werden die im Kapitel 19 des EBM geführten GOP in den Anlagen zu Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung sowie zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation auch der Fachgruppe Laboratoriumsmedizin zugeordnet.	

Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454) (GOP 32455)

Laut aktueller S3-Leitlinie zur Supportiven Therapie bei onkologischen Patienten [XX] tritt bei ca. 75% aller onkologischen Patientinnen und Patienten unter Therapie eine symptomatische Anämie auf, deren Ursachen abgeklärt werden sollten. Dazu gehört auch die Beurteilung des Eisenstatus. Hierzu wird auch regelhaft der lösliche Transferrin-Rezeptor bestimmt, sodass die entsprechende GOP in den Anlagen zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, zu gynäkologischen Tumoren, zu urologischen Tumoren, zu Tumoren der Haut, zu Tumoren der Lunge und des Thorax, zu Kopf- oder Halstumoren, zu Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven, zu Knochen- und Weichteiltumoren sowie zu Augentumoren ergänzt wird.

Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie (GOP 32817)

Vor einer geplanten Immunsuppression kann die Bestimmung von Hepatitis B-Virus DNA erforderlich sein, um latente Infektionen zu erkennen. Die erforderlichen GOP werden in den Anlagen zu rheumatologischen Erkrankungen sowie zur Multiplen Sklerose ergänzt.

Hepatitis C-Virus-RNA, quantitativ (GOP 32823)

Auch die Bestimmung von Hepatitis C-Virus-RNA kann im Rahmen einer Immunsuppression bei bestimmten Konstellationen erforderlich sein, um eine aktive Infektion auszuschließen. Die entsprechende GOP wird vor diesem Hintergrund in den Anlagen zu rheumatologischen Erkrankungen ergänzt.

Fraktursonographie (GOP 33053)

Der G-BA hat mit Beschluss vom 17. Oktober 2024 für die Fraktursonografie bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten einen Nutzen insbesondere zur Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung festgestellt und die Kriterien zur Anerkennung für die vertragsärztliche Versorgung als erfüllt angesehen. Der Bewertungsausschuss hat entsprechend mit Wirkung zum 01.10.2025 die Untersuchung in den EBM aufgenommen. Mit dem vorliegenden Beschluss wird diese Untersuchung auch in der ASV ermöglicht und in alle Appendizes zu Anlagen aufgenommen, im Rahmen derer Kinder betreut werden können.

Muskel- und/oder Nervensonographie (GOP 33100)

Die Muskel- und/oder Nervensonographie gemäß GOP 33100 wird schwerpunktmäßig durch Neurologen durchgeführt. Zudem schließt der EBM mit Bestimmung Nr. 6 in der Präambel 33 Ultraschall die Durchführung der Leistung durch Radiologen aus. In Folge wird die Zuordnung der Leistung für die radiologische(n) Fachgruppe(n) gestrichen.

Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (GOP 35100) sowie Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (GOP 35110)

Die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände gemäß GOP 35100 und die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen gemäß GOP 35110 wurden in den Appendizes fehlerhaft auch den psychologischen Psychotherapeuten zugeordnet. Um nicht von den Regelungen des EBM abzuweichen, wird diese Zuordnung gestrichen.

Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Zum 1. Januar 2026 wurde die Onkologie- Vereinbarung um die neue Kostenpauschale 86522 für die subkutane medikamentöse Tumortherapie erweitert. Da die subkutane Therapieform auch in der ASV möglich sein soll, wird der Verweis auf diese Kostenpauschale als weitere spezifische Leistung im Behandlungsumfang der onkologischen Anlagen sowie der Anlage 2n) allogener Stammzelltransplantation ergänzt.

Zusätzliche Aufwände für die Palliativversorgung für die Facharztgruppe Nuklearmedizin

Da die Fachgruppe Nuklearmedizin auch dem Kernteam angehören kann, wurden ihr beide im Abschnitt „weitere spezifische Leistungen“ aufgeführten Palliativversorgungsleistungen zugeordnet.

2.4 Anpassung einzelner erkrankungsspezifischer Regelungen

Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Indikationsstellung und Therapie mit Erdafitinib (GOPen 19421, 19424)

Die Therapie mit Erdafitinib (Handelsname Balversa) ist seit August 2024 für vorbehandelte Erwachsene mit fortgeschrittenem Blasenkrebs, der nicht mehr operiert werden kann oder Metastasen gebildet hat, in Deutschland zugelassen. Vor der Einnahme von Balversa muss laut Fachinformation das Vorliegen einer oder mehrerer bestimmter genetischer *FGFR3*-Veränderungen als sog. *Companion Diagnostic* (CDx) durch einen CE-gekennzeichneten Test mit entsprechender Zweckbestimmung nachgewiesen worden sein. Der G-BA nimmt die Mutationssuche bzw. den Nachweis von Punktmutationen als Leistung in den Appendix auf.

Zuordnung der zusätzlichen Aufwände für die Facharztgruppe Nuklearmedizin gemäß Kostenpauschalen (GOPen 86512, 86514, 86516, 86520) der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Da die Facharztgruppe Nuklearmedizin auch im Kernteam der ASV urologische Tumoren vertreten sein kann, wird diesen Ärzten und Ärztinnen analog zur Zuordnung in der ASV gastrointestinale Tumoren ebenfalls ermöglicht, die onkologischen Leistungen in Anlehnung an die Onkologie-Vereinbarung in der ASV durchzuführen.

PatV	**GKV-SV, KBV, DKG**
^{99m}Tc-Trofolastat-PSMA SPECT/CT bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA, sofern eine zeitgerechte PSMA-PET/PET-CT nicht verfügbar ist.	*[keine Aufnahme]*

Im Rahmen ASV für urologische Tumoren werden PET/PET-CT-Untersuchungen mit F-18-Fluorodesoxyglukose und PSMA-Liganden zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA im erkrankungsspezifischen Appendix als abrechnungsfähige Leistungen berücksichtigt. In der Versorgungspraxis bestehen jedoch regional erhebliche Einschränkungen hinsichtlich der zeitgerechten Verfügbarkeit von PSMA-PET/PET-CT-Untersuchungen. Dies betrifft insbesondere Regionen mit begrenzter PET-Infrastruktur sowie eingeschränkter Verfügbarkeit geeigneter Tracer. Die daraus resultierenden Wartezeiten können zu relevanten Verzögerungen bis zur Einleitung einer indizierten Lu-177-PSMA-Radioligandentherapie führen. Betroffen sind hierbei insbesondere Patienten mit fortgeschrittenem kastrationsresistentem Prostatakarzinom nach langjährigem Krankheitsverlauf und hoher Morbidität, für die zusätzliche Wartezeiten sowie längere Anfahrtswege eine erhebliche Belastung darstellen können. Mit der beantragten Ergänzung soll daher eine zusätzliche Bildgebungsoption für einen eng begrenzten Anwendungsbereich geschaffen werden. Die Anwendung der 99mTc-Trofolastat-PSMA SPECT/CT soll ausschließlich zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom und progredienter Erkrankung erfolgen, sofern eine zeitgerechte Durchführung einer PSMA-PET/PET-CT nicht verfügbar ist. Die beantragte Ergänzung dient ausdrücklich nicht der allgemeinen Ausbreitungsdiagnostik, dem Primärstaging oder der Rezidivdiagnostik des Prostatakarzinoms. Für diese Fragestellungen bleibt die PSMA-PET/PET-CT der etablierte diagnostische Standard. Die PSMA-SPECT/CT mit 99mTc-markierten PSMA-Liganden ermöglicht den Nachweis PSMA-exprimierender Tumorläsionen und kann damit eine ausreichende Grundlage für die Therapieentscheidung zugunsten einer Lu-177-PSMA-Radioligandentherapie bieten. Internationale Empfehlungen sowie die nationale S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom berücksichtigen den Einsatz einer 99mTc-markierten PSMA-Bildgebung insbesondere in Situationen eingeschränkter PET-Verfügbarkeit. Aufgrund der breiten Verfügbarkeit von Gamma-Kameras sowie der etablierten Versorgung mit 99mTc-basierten Radiopharmaka kann die Bildgebung insbesondere in Regionen mit eingeschränkter PET-Verfügbarkeit zu einer Beschleunigung des Zugangs zur Therapie beitragen.	

Darüber hinaus zeigen klinische Untersuchungen zur Patientenselektion vor Lu-177-PSMA-Therapie eine hohe Übereinstimmung zwischen 99mTc-Trofolastat-PSMA SPECT/CT und PSMA-PET-basierten Verfahren hinsichtlich der Identifikation geeigneter Patienten für eine PSMA-gerichtete Radioligandentherapie. Mit der Ergänzung der ASV-Regelung soll keine Gleichstellung der PSMA-SPECT/CT mit der PSMA-PET/PET-CT in allen diagnostischen Anwendungsbereichen erfolgen. Ziel der Ergänzung ist vielmehr die Sicherstellung eines zeitgerechten Zugangs zu einer indizierten Lu-177-PSMA-Radioligandentherapie in Versorgungssituationen mit eingeschränkter PET-Verfügbarkeit und die Vermeidung zusätzlicher belastender Wartezeiten für Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung.	

Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche

zu Konkretisierung der Erkrankung

21. Lebensjahr

Fachärzteinnen und Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin dürfen laut (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Heranwachsende behandeln. Heranwachsende sind gemäß § 1 Absatz 2 Jugendgerichtsgesetzt Personen, die das 18. Lebensjahr, aber das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Gebietsdefinition in der MWBO folgend wird auch die Altersgrenze in dieser Anlage angepasst.

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie benannt werden.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen bedarf einer besonderen fachlichen Expertise und erfolgt meist durch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte an wenigen Zentren oder Schwerpunktpraxen. Aufgrund der Vielzahl an Symptomen und Beschwerden bei rheumatologischen Erkrankungen können unterschiedliche Fachgruppen an der Versorgung beteiligt sein. Neben den bereits im Team geforderten Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie erfolgt dies an einigen Zentren auch unter Beteiligung von kinderorthopädischer Expertise. Dieser optionale Einbezug wird auch in der ASV ermöglicht.

Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

DKG	**GKV-SV, KBV, PatV**
Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Masernvirus-Antikörper (GOP 32623) Die Bestimmung von Masernvirus-Antikörpern kann erforderlich sein, um vor einer geplanten Immunsuppressiven Therapie den Immunitätsstatus zu bestimmen, sodass sie entsprechende GOP in den Appendix aufgenommen wird. Auch kann es sein, dass aufgrund einer begonnenen Therapie Lebendimpfstoffe kontraindiziert sind und das Infektionsrisiko erhöht ist, insbesondere dann wenn keine vollständige Immunisierung vorliegt oder nicht möglich war.	*[keine Aufnahme]*

Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose

Zuschlag Transkavitäre Untersuchung (GOP 33090)

Der Versorgungsrealität folgend wird die transkavitäre Untersuchung gemäß GOP 33090 im Appendix nur für die Fachgruppen Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Urologie beibehalten, für die anderen Fachgruppen, denen die GOP zugeordnet war, gestrichen.

Kostenpauschale für den Teststoff Indozyaningrün bei Durchführung einer Fluoreszenzangiographischen Untersuchung im Zusammenhang mit den GOP 06331 oder 06332 (GOP 40682)

Durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses wurde die Kostenpauschale 40682 für den Teststoff Indozyaningrün in den EBM aufgenommen, der bislang Inhalt der Grundleistung gemäß GOP 06331 und 06332 war. Da die Fluoreszenzangiographie am Augenhintergrund (GOP 06331) im Appendix der Anlage Multiple Sklerose enthalten ist, ordnet der G-BA die Kostenpauschale ebenfalls zu.

Anlage 2 b) Mukoviszidose

Angiokardiographie (GOP 34290)

Durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses wurde die Altersbegrenzung für die Durchführung der Angiokardiographie gemäß GOP 34290 aufgehoben. In Folge erfolgt die Zuordnung der Leistung ebenfalls zu den Kardiologen im Team.

Anlage 2 c) Hämophilie

Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung sowie Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec 4h (GOPen 30326, 33105)

Etranacogen dezaparvovec ist für die Behandlung von bestimmten erwachsenen Patientinnen und Patienten mit schwerer und mittelschwerer Hämophilie B indiziert. Für die Indikationsstellung ist unter anderem eine Beurteilung der Leber erforderlich, sodass die GOP 33105 in den Behandlungsumfang aufgenommen wird. Ebenso wird die GOP 30326 für die Durchführung der Infusionstherapie im Behandlungsumfang ergänzt.

Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen

DKG	**GKV-SV, KBV, PatV**
Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32410 bis 32416 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415) (GOP 32416) Bei Patientinnen und Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose ist das hochsensible Troponin T in über 70% der Fälle erhöht und korreliert mit Krankheitsprogression und funktionalen Beeinträchtigungen. Die Bestimmung soll eine differenzierte Verlaufsbeurteilung z.B. bezüglich abnehmender Atmungsfunktion ermöglichen. Des Weiteren können andere neuromuskuläre Erkrankungen aufgrund einer Beteiligung des Herzens oder der Atemmuskulatur mit Symptomen einhergehen, die weitere kardiale Diagnostik notwendig macht. Dies spiegelt sich auch in der Ausgestaltung des Kernteams, das sowohl die Fachgruppen Innere Medizin und Pneumologie als auch Innere Medizin und Kardiologie vorsieht. Zur Abklärung respiratorischer bzw. kardialer Symptome kann mit der Frage nach Myokardschädigung die Bestimmung von Troponin T indiziert sein. Aus den genannten Gründen wird die GOP 32416 in den Behandlungsumfang aufgenommen.	*[keine Aufnahme]*

Anlage 2 n) allogene Stammzelltransplantation

DKG, PatV	**GKV-SV, KBV**
Humangenetik Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik sind regelhaft in die Diagnostik und Verlaufsbeurteilung von hämatologischen Erkrankungen eingebunden. Entsprechend der MWBO sind Zytogenetik, Molekulargenetische Diagnostik, genetische Beratung und die differenzialdiagnostische Abklärung von hämatologischen Erkrankungen und Tumorerkrankungen Teil der Weiterbildung im Gebiet Humangenetik. Vor diesem Hintergrund ermöglicht auch der EBM dieser Fachgruppe die Durchführung von humangenetischen und tumorgenetischen Untersuchungen. Die Humangenetik stellt somit sinnvolle fachliche Ergänzung der Fachgruppen Pathologie und Laboratoriumsmedizin dar und wird vor diesem Hintergrund in das interdisziplinäre Team aufgenommen.	*[keine Aufnahme]*

Anlage 2 p) angeborenen Skelettsystemfehlbildungen

zu Personelle Anforderungen - Teamleitung

Es erfolgt eine Anpassung der Regelung in der Ebene der Teamleitung für den Fall, dass Kinder und Jugendliche behandelt werden. Im Einklang mit den Regelungen für die Behandlung von Erwachsenen sowie den analogen Regelungen in anderen krankheitsspezifischen Anlagen wird klargestellt, dass nur eine der aufgeführten Fachrichtungen die Teamleitung übernehmen kann.

Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind (GOPen 20338, 20339, 20340, 20377)

Die Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder bei Kindern war ursprünglich ausschließlich den Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie zugewiesen, die allerdings nicht zwingend dem Team angehören. Um die Versorgung kontinuierlich zu gewährleisten, ordnet der G-BA diese Leistungen nun auch der Fachgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zu.

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 Bürokratiekosten in Höhe von xxxx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 20. Januar 2026 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 10. Dezember 2025 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In insgesamt XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s. untenstehende Tabelle).

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

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

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom TT. Monat 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am TT.MM.2026 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am TT.MM.2026.

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 TT. Monat 2026 durchgeführt (**Anlage 5**).

5. Fazit

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2026 beschlossen, die ASV-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. 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.]

7. Zusammenfassende Dokumentation

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

Berlin, den 15. Oktober 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Gemeinsamer Bundesausschuss

Übersichtsdokument

zur Änderung der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 116b SGB V – Auszug aus der ASV-RL: §1 bis § 16 und Anhang zu § 4a

Stand: 11.06.2026

mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen

Inkl. Änderungen gemäß Beschluss vom 19.03.2026 (Omnibus 2025). Der Beschluss ist noch nicht in Kraft.

Legende:

Dissente Positionen sind gelb gekennzeichnet; Folgedissense oder redaktionell ggf. noch anzupassende Passagen sind grau markiert

Inhalt

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich 4
§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“) 4
§ 3 Personelle Anforderungen 5
§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen 7
§ 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen 7
§ 5 Behandlungsumfang 9
§ 5a Außerkrafttreten der Appendizes 10
§ 6 Studienteilnahme 11
§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen 11
§ 8 Überweisungen 11
§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung 12
§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V 12
§ 11 Mindestmengen 12
§ 12 Qualitätssicherung 12
§ 13 Evaluation 13
§ 14 Dokumentation 13
§ 15 Patienteninformation 13
§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung 14
Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen 15

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen 21

a) onkologische Erkrankungen 21
Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle 21
Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren 30
Tumorgruppe 3: urologische Tumoren 41
Tumorgruppe 4: Hauttumoren 49
Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax 57
Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren 65
Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven 74
Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren 82
Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges 90
Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung 97
b) rheumatologische Erkrankungen 106
Teil 1: Erwachsene 106
Teil 2: Kinder und Jugendliche 113
c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen 118

Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.....124

a) Multiple Sklerose.....124
b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie).....129

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen 134

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose.....134
b) Mukoviszidose.....139
c) Hämophilie.....143
d) neuromuskuläre Erkrankungen.....148
e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen.....154
Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose.....154
f) biliäre Zirrhose [unbesetzt].....
g) primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt].....
h) Morbus Wilson.....159
k) Marfan-Syndrom.....163
l) pulmonale Hypertonie.....167
m) Kurzdarmsyndrom.....172
n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation.....177
o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen.....184
p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen.....188

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen .....

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

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

(2) [1]Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für

Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben a und b SGB V in Anlage 1.1,

schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben c bis i SGB V in Anlage 1.2,

seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V in Anlage 2 und

hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V in Anlage 3.

[2]In den Anlagen werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfordernis geregelt. [3]Für die Ermittlung der in § 116b Absatz 6 Satz 9 und Absatz 8 Satz 1 und 2 SGB V aufgeführten Fristen ist das Inkrafttreten der jeweiligen Beschlussfassungen zu den in den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen maßgeblich.

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

(4) Soweit sich die Vorschriften in dieser Richtlinie auf Fachärztinnen und Fachärzte beziehen, gelten sie für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

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

§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

(1) [1]Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte). [2]Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln. [3]Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt ASV-Berechtigter im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.

(2) [1]Die Leistungserbringer haben die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [2]Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß

§ 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen ggf. erforderlich sind. [3] Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 bis 4a kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ihre Teilnahme an der ASV anzeigen. [4]Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind namentlich zu benennen. [5]Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend. [6]Berechtigte Leistungserbringer haben bei der Meldung ihrer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 namentlich zu benennen. [7]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

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

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

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

§ 3 Personelle Anforderungen

(1) [1]Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine

Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. [2]Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

(2) [1]Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. [2]Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. [3]Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. [4]Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. [5]An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen. [6]Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

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

(3) [1]Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt. [2]Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen. [3]In den indikationsspezifischen Anlagen kann geregelt werden, dass neben den Fachärztinnen und Fachärzten mit spezialisierter Facharztkompetenz auch Fachärztinnen und Fachärzte, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung in dem entsprechenden Fachgebiet seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, zur Teilnahme an der ASV berechtigt sind.

(4) [1]Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus). [2]Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. [3]Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. [4]Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen nach Satz 1 dürfen sie nicht erbringen.

(5) [1]Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. [2]Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gilt: Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt.

§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen

(1) [1]Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden in den Anlagen geregelt. [2]Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (z. B. Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, kann dies auch im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. [3]Sofern eine Intensivstation, Notfalllabor oder 24-Stunden-Notfallversorgung vorzuhalten sind, müssen diese in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. [4]Der Einbezug weiterer Berufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen und erfolgt auf Verordnung. [5]Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung dieser Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.

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

§ 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

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

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

angezeigt wurde. [4]Bei institutioneller Benennung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 5 kann die Erfüllung der Anforderungen institutionell angezeigt werden.

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

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

oder

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

oder

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

oder

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

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

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

oder

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

oder

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

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

§ 5 Behandlungsumfang

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

(2) [1]Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [2]Für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den Anlagen aufgeführt.

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

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

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

(4) [1]In der ASV können die Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt sowie digitale (z. B. von der elektronischen Gesundheitskarte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sofern der ASV-Berechtigte die jeweils relevanten (technischen) Voraussetzungen erfüllt und dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. [2]Dazu gehört auch die Durchführung der Videosprechstunde, die als synchrone Kommunikation zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer Patientin oder einem Patienten definiert ist. [3]Sie kann über die der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stehende Ausstattung, gegebenenfalls unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, von in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden. [4]Als Videosprechstunde im Rahmen dieser Richtlinie gilt auch die Kommunikation nach Absatz 4 Satz 2 und 3, die zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer pflegebedürftigen Patientin oder einem pflegebedürftigen Patienten unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren Pflegekräften, die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligt sind (z. B. in einer Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten), durchgeführt wird. [5]Ebenfalls können ärztliche Fallkonferenzen und Fallbesprechungen zur Kommunikation zwischen in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten als Videofallkonferenzen im Rahmen dieser Richtlinie durchgeführt werden. [6]Die maßgeblichen (technischen) Voraussetzungen die zur Durchführung der Leistungen nach Satz 1 bis 5 notwendig sind, gelten auch in der ASV, sofern vorhanden gelten für Krankenhäuser die maßgeblichen krankenhausspezifischen Regelungen. [7]Sofern eine Patientin oder ein Patient Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur hat, gelten zudem die Sätze 4 und 5 des Absatzes 3 entsprechend. [8]Die ausschließliche Behandlung und Betreuung einer ASV-Patientin oder eines ASV-Patienten per Videosprechstunde durch ein ASV-Team ist ebenso nicht zulässig wie die ausschließliche Teilnahme eines ASV-Teammitglieds an der ASV mittels Videosprechstunden.

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

§ 5a Außerkrafttreten der Appendizes

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

§ 6 Studienteilnahme

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

§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

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

§ 8 Überweisungen

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

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten kein Überweisungserfordernis.	kein Überweisungserfordernis für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht, sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten. ~~kein Überweisungserfordernis~~

[4]Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen. [5]Die Überweisung zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten wird für die Indikation entsprechend § 1 Absatz 2 ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen soll. [6]Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt informiert die Versicherte oder den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. [7]Der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte informiert die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt und die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. [8]Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen und trägt ein eindeutiges Datum. [9]Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. [10]Näheres wird in den Anlagen geregelt. [11]Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

[12]Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, begründet auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung. [13]In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlagen 1.1 und 1.2 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen.

§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung

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

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

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

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

(3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;

b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;

c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

§ 11 Mindestmengen

Das Nähere zu Mindestmengen ist in den Anlagen zu regeln.

§ 12 Qualitätssicherung

[1]Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. [2]Die

Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt. [3]Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

§ 13 Evaluation

[1]Die Ergebnisse der Bewertung der Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach § 116b Absatz 9 SGB V sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen. [2]Spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten einer Anlage zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen des jeweiligen Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung des jeweiligen Beschlusses. [3]Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der G-BA dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 14 Dokumentation

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

§ 15 Patienteninformation

[1]Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche allgemeine Erläuterungen über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum. [2]Die Information der Patientin bzw. des Patienten ist zu dokumentieren. [3]Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV ist den Patientinnen bzw. Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen. [4]Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens folgende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlägen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie entsprechend § 115c SGB V.

§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung

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

Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Anwendungsbereich

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

1. Langzeit-EKG

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

Anforderungen an die fachliche Befähigung:

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

2. Strahlendiagnostik und -therapie

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

Anforderungen an die fachliche Befähigung:

a) Für die allgemeine Röntgendiagnostik:

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

  oder

  Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte

  und

  Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit

  oder

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

b) Für die Computertomographie:

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

  oder

  Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte

c) Für die Knochendichtemessung:

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

  oder

  Nachweis des Erwerbs gleichwertiger eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend befugter Ärztinnen oder Ärzte

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

d) Für die Strahlentherapie:

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

e) Für die Nuklearmedizin:

- Facharztbezeichnung Nuklearmedizin

3. Koloskopie

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

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung:

- Facharztbezeichnung Innere Medizin und Gastroenterologie, oder
- Facharztbezeichnung Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht
- und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50

Polypektomien innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme bei den erweiterten Landesausschüssen

oder

- Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht, oder
- Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 100 Koloskopien innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss.

b) Anforderungen an die Hygienequalität:

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

4. Kernspintomographie

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

Anforderungen an die fachliche Befähigung:

Für die allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma:

- Facharztbezeichnung Radiologie oder
- Facharzt,- Schwerpunkt,- oder Zusatzbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen kernspintomographischen Diagnostik fordert und mind. 24-monatige ganztägige Tätigkeit (Teilzeittätigkeit wird entsprechend angerechnet) in der kernspintomographischen Diagnostik. Darauf kann eine 12-monatige Tätigkeit in der CT-Diagnostik angerechnet werden. Die Anforderung kann bereits Teil der geforderten Facharzt-, Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung sein.

Für die Kernspintomographie der Mamma zusätzlich:

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

5. Ultraschall

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

Anforderungen an die fachliche Befähigung:

a. Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung

- Facharztbezeichnung, die zur Durchführung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im jeweiligen Anwendungsbereich gemäß Weiterbildungsordnung berechtigt

b. Erwerb der fachlichen Befähigung in einer ständigen Tätigkeit

- Mindestens 18-monatige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst

  und

- Selbstständige Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt

  und

c. Erwerb der fachlichen Befähigung durch Ultraschallkurse

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

6. Kurative Mammographie

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

Anforderungen an die fachliche Befähigung

- Facharztbezeichnung Radiologie oder
- Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma

und jeweils

- Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mindestens 500 Patientinnen,
- Selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mindestens 500 Fällen,
- Persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen.

Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Facharztweiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.

Und jeweils

- Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung nach §§ 6 und 7 der QS-Vereinbarung Kurative Mammographie nach § 135 Absatz 2 SGB V oder nach Anhang 5 der Anlage 9.2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.

7. Vakuumbiopsie der Brust

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

Anforderungen an die fachliche Befähigung

- Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgenmammographie (GOP 34270) und der Mammasonographie (GOP 33041) gem. § 4a Abs. 3 oder 4 und
- selbständige Indikationsstellung und Durchführung von
  - 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von
  - 25 Vakuumbiopsien

  unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor ~~Antragstellung~~ Anzeige der Teilnahme bei den erweiterten Landesausschüssen

Die Anleitung erfolgt in einer Einrichtung, in der regelmäßig Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und Vakuumbiopsien durchgeführt werden.

8. MR-Angiographie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen der Angiographien mittels Magnet-Resonanz-Tomographie (MR-Angiographie) gemäß den GOP 34470 bis 34492 des EBM.

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung

- Facharztbezeichnung Radiologie

und

- Selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße)

und

- mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit oder entsprechende Teilzeittätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.

9. Zervix-Zytologie

Diese leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen beziehen sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die für die jeweilige Anlage relevanten Leistungen kurativer zytologischer Untersuchungen gemäß GOP 19327.

a) Anforderungen an die fachliche Befähigung des zytologieverantwortlichen Arztes

- Facharztbezeichnung Pathologie

GKV-SV und - Erfolgreiche Teilnahme an einer Präparateprüfung gemäß Anlage 1 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (in der Fassung vom 01. April 2025).	**DKG, KBV** *[keine Aufnahme]*

GKV-SV, KBV **b) Anforderungen an die Zytologieeinrichtung** In der Einrichtung müssen jährlich mindestens 12.000 Fälle - davon 1.000 unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren – beurteilt werden. Einrichtungen, die zytologische Präparate von gynäkologischen Fachabteilungen zur Beurteilung erhalten, sind geeignet, wenn sie mindestens 6.000 Fälle im Jahr befunden, die einen hohen Anteil histologisch abklärungsbedürftiger Befunde aufweisen.	**DKG** *[keine Aufnahme]*

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

a) onkologische Erkrankungen

Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus

C16.- Bösartige Neubildung des Magens

C17.- Bösartige Neubildung des Dünndarmes

C18.- Bösartige Neubildung des Kolons

C19.- Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

C20.- Bösartige Neubildung des Rektums

C21.- Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals

C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

C23.- Bösartige Neubildung der Gallenblase

C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege

C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas

C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet

C26.1 Bösartige Neubildung: Milz

C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums

C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Abdomens

C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Beckens

C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C48.1 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums

C48.2 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Peritoneum, nicht näher bezeichnet

C48.8 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend

C49.4 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens

C49.5 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend

C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse

C74.- Bösartige Neubildung der Nebenniere

C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse

C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet

C76.2 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen

C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

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

- Punktionen, Biopsien
- Spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Tumorstaging

Behandlung

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

Beratung

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

Weitere spezifische Leistungen:

- PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose

  - Bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren, Tumoren der Bauchhöhle, gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder gastrointestinalen Stromatumoren
    - zur Planung einer potenziell kurativen Lokaltherapie (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von Abdomen und/oder Thorax abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden.
    - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokaltherapie empfohlen wird.
  - Bei Patientinnen und Patienten mit resektablen Leber- oder Lungenmetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Operation

- PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder Jod-124 bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und

  - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
  - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,

  zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.
- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder Tumoren der Bauchhöhle

  - zur Ausbreitungsdiagnostik
  - zur Rezidivdiagnostik bei begründetem Verdacht auf ein Rezidiv beziehungsweise eine Progression der Erkrankung
  - zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
  - zur einmaligen Kontrolle des Therapieerfolges drei bis sechs Monate nach PRRT (Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie)

- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)

- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

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

b) Kernteam

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

  Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere

Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

  Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

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

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten- und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-

Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

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

1.1 Mammakarzinom

C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof

C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse

C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse

C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse

C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse

C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse

C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse

C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend

C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren

C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend

C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus

C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus

C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris

C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend

C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet

C52 Bösartige Neubildung der Vagina

C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix

C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix

C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend

C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet

C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri

C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium

C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium

C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri

C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend

C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet

C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet

C56 Bösartige Neubildung des Ovars

C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Falloppio]

C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri

C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri

C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium

C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet

C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane

C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend

C58 Bösartige Neubildung der Plazenta

C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung

- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen)
- Genexpressionsanalyse
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Punktionen, Biopsie
- Tumorstaging

Behandlung

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

Beratung

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

- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- MRT-Untersuchung der Mamma bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz
  - bei hoher Dichte des Drüsenkörpers und/oder bei eingeschränkter Beurteilbarkeit der Befunde in Mammographie und Ultraschall, wenn eine Biopsie (z.B. wegen ausgeprägter Vernarbungen, multipler Befunde oder extremer Lokalisation) problematisch ist
  - bei invasiv lobulärem Karzinom

  um die Invasivität und Ausdehnung einer erforderlichen Operation zu planen
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
  Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im

Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können im Rahmen des definierten Behandlungsumfangs die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

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

b) Kernteam

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

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

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

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

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

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

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

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,

q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

   - die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,

- die Patientin und der Patient ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären,
- eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin und dem Patienten ist ausgeschlossen.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

5 Sonderregelung für Subspezialisierung

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

Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

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

b) ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 behandeln, die in Nummer 5.2 genannten Anforderungen.

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

5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Nummer 1.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1

Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

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

Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

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

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

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

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

5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

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

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach Nummer 3.2 Buchstabe q

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

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

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

6 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

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

C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C48.0 Bösartige Neubildung: Retroperitoneum

C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

C60.- Bösartige Neubildung des Penis

C61 Bösartige Neubildung der Prostata

C62.- Bösartige Neubildung des Hodens

C63.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane

C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens

C66 Bösartige Neubildung des Ureters

C67.- Bösartige Neubildung der Harnblase

C68.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane

C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

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

Behandlung

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

- Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie (BCG auch als Instillationstherapie bei Blasenkarzinom), Lasertherapie, soweit im EBM abgebildet

Beratung

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

Weitere spezifische Leistungen:

- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- ^{68}Ga- oder ^{18}F-PSMA-PET; PET/CT bei Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren
  - mit fehlendem Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten nach radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms (durch 2 Messungen bestätigt)
  - mit PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert > 0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen

bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines lokalisierten Prostatakarzinoms

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

- beim High-Risk Prostatakarzinom (ISUP GG ≥3) oder T-Kategorie cT3/cT4 oder PSA ≥ 20 ng/ml) zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter Therapie bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm

PatV	**GKV-SV, KBV, DKG**
- 99mTc-Trofolastat-PSMA SPECT/CT bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA, sofern eine zeitgerechte PSMA-PET/PET-CT nicht verfügbar ist.	*[keine Aufnahme]*

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.

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Urologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Urologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Bei Prostatakarzinom auch Nuklearmedizin spätestens ab *[einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]*

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme

an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Urologie

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht.~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 3: urologische Tumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 4: Hauttumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

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

C43.- Bösartiges Melanom der Haut

C44.- Sonstige bösartige Neubildungen der Haut

C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum] (nicht HIV-assoziiert, und rein kutan)

C51.- Bösartige Neubildung der Vulva (nur bei malignem Melanom)

C60.- Bösartige Neubildung des Penis (nur bei malignem Melanom)

C63.2 Bösartige Neubildung des Skrotums (nur bei malignen Melanomen)

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

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

C82.- Follikuläres Lymphom

C83.- Nicht follikuläres Lymphom

C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome

C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms

C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome

C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- Bildgebende Verfahren (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Dermatoskopie

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

Behandlung

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

Beratung

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

Weitere spezifische Leistungen:

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

  - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
  - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen/Patienten mit Xeroderma pigmentosum und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Hauttumor zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei primär kutanen Lymphomen bei unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines systemischen Lymphoms mit Hautbefall
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Hauttumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung der Patientin/des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

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

b) Kernteam

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

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

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

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

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Physiotherapie
- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

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

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

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

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

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

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,

die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ ~~F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 4: Hauttumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser

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

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

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

Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

C33 Bösartige Neubildung der Trachea

C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

C37 Bösartige Neubildung des Thymus

C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura

C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe

C45.0 Mesotheliom der Pleura

C45.2 Mesotheliom des Perikards

C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, Periphere Nerven des Thorax

C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe, Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax

C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Glomus aorticum und sonstige Paraganglien

C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax

C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT inklusive kardiale Bildgebung bei Herztumoren,

nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei Lungenkarzinom/Lungenrundherden)
- Diagnostik paraneoplastischer Syndrome (PNS)
- Endoskopie des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsprüfung
- Punktionen, Biopsien (zum Beispiel der Pleura oder der Lunge)
- Tumorstaging

Behandlung

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

Beratung

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

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei neuroendokrinen Tumoren oder auch mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei bösartigen Neubildungen der thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums oder der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen Binde- und Weichteilgewebes (zum Beispiel Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Thoraxchirurgie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie
- Thoraxchirurgie

Bei Herztumoren zusätzlich:

- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Laboratoriumsmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Physiotherapie
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Thoraxchirurgie

Bei Herztumoren alternativ

- Innere Medizin und Kardiologie oder
- Herzchirurgie

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

k) eine Mikrobiologie zur Verfügung steht.

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

n) Stationäre Notfalloperationen möglich sind.

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen oder Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

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

5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde] die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C00.- Bösartige Neubildung der Lippe

C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes

C02.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge

C03.- Bösartige Neubildung des Zahnfleisches

C04.- Bösartige Neubildung des Mundbodens

C05.- Bösartige Neubildung des Gaumens

C06.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes

C07 Bösartige Neubildung der Parotis

C08.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen

C09.- Bösartige Neubildung der Tonsille

C10.- Bösartige Neubildung des Oropharynx

C11.- Bösartige Neubildung des Nasopharynx

C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis

C13.- Bösartige Neubildung des Hypopharynx

C14.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx

C30.- Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres

C31.- Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen

C32.- Bösartige Neubildung des Larynx

C41.0- Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels

C43.0 Bösartiges Melanom der Lippe

C43.2 Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges

C43.3 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes

C43.4 Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses

C44.0 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Lippenhaut

C44.1 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

C44.2 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges

C44.3 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes

C44.4 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses

C46.0 Kaposi-Sarkom der Haut

C46.1 Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes

C46.2 Kaposi-Sarkom des Gaumens

C46.3 Kaposi-Sarkom der Lymphknoten

C47.0 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses

C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend

C49.0 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses

C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend

C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse

C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse

C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum

C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien

C76.0 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Hals, Gesicht

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese inklusive Berufsanamnese
- Audiometrie
- bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET;

PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder unbekannten Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs und bei Larynxkarzinom)
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen nach HNO-Tumor
- Endoskopie des Nasenrachenraumes, Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsprüfung
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

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

Beratung

- und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch inklusive Umgang mit Hilfsmitteln zur Sprachbildung, Kaufunktionelle Maßnahmen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zur Alkohol- und Tabakentwöhnung
- zur Ernährung

- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren
  - zur Planung einer potenziell kurativen Lokaltherapie oder vor funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (unter anderem CT und/oder MRT) von Kopf/Hals, Thorax und Abdomen abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden
  - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokaltherapie empfohlen wird
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder J-124) bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
  - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
  - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,

  zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
  - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder
  - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
  - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Patientinnen und Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Paragangliomen zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des Kopfs oder Hals unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder
- Strahlentherapie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:

- Viszeralchirurgie oder
- Nuklearmedizin

b) Kernteam

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Strahlentherapie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Viszeralchirurgie und
- Nuklearmedizin

Bei Tumoren der Haut im Kopf-Hals-Bereich spätestens ab 1. Dezember 2026 zusätzlich auch:

- Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Gefäßchirurgie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Physiotherapie
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Logopädie

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:

- Viszeralchirurgie

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

k) eine Mikrobiologie,

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C47.- Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems

C70.- Bösartige Neubildung der Meningen

C71.- Bösartige Neubildung des Gehirns

C72.- Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems

C75.1 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Hypophyse

C75.2 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Ductus craniopharyngealis

C75.3 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]

C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum

C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien

C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Primäre ZNS-Lymphome

C83.3 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

D32.- Gutartige Neubildung der Meningen

D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems

D35.2 Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen: Hypophyse

D42.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen

D43.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems

D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT inklusive Postmyelographie-Computertomographie, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Liquordiagnostik
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Punktionen, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

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

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten

(zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, zum Beispiel O-(2-[18F]Fluoroethyl)-L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT:
  - zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und
  - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
  - bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv
  - bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, gegebenenfalls auch MRT) primär zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach Ausschluss extrakranieller Lymphomherde
- PET; PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie zum Beispiel 68 Ga-DOTATOC oder 68 Ga-DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Neurochirurgie oder
- Strahlentherapie

b) Kernteam
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Strahlentherapie

Bei endokrinen Tumoren zusätzlich auch:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
- Anästhesiologie
- Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neuropathologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden.

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Ergotherapie
   - Logopädie
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Neurologie
   - Neurochirurgie

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

~~h)~~a) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

~~i)~~b) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

~~j)~~c) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

~~k)~~d) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

~~l)~~e) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

~~m)~~f) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

~~n)~~g) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

~~o)~~h) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

~~p)~~i) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

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

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

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie

behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder

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

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87

Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C40.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten

C41.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

C45.7 Mesotheliom sonstiger Lokalisation

C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]

C47.1 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter

C47.2 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte

C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Thorax

C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Abdomens

C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Beckens

C47.6 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet

C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend

C49.1 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter

C49.2 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte

C49.3 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax

C49.4 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens

C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

C49.6 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet

C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend

C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

C76.4 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität

C76.5 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität

C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Desmoidtumore kodiert mit:

D48.1 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an Bindegewebe und anderen Weichteilgeweben

D48.2 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem

D48.3 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens am Retroperitoneum

D48.4 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens am Peritoneum

Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten mit bösartiger Neubildung des Bindegewebes oder anderer Weichteile, unterschiedlicher Lokalisation über den unspezifischen ICD-10-Kode C49.9 (zum Beispiel Stromatumoren/Sarkomen) eingeschlossen werden.

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel Elektrokardiogramm [EKG]) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen Endosonographie, Angiographie, Skelettszintigraphie)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Punktionen, Biopsien
- Sentinel-Lymphknoten-Ektomie
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel Zentralvenenkatheter [ZVK])
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle

- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Planung von plastischen Rekonstruktionen und Prothese
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Geh- und Prothesentraining
- zu Sporttherapie
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung
- zur Umschulung der Händigkeit

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Neubildung des Binde-, Weichteil- oder Knochengewebes nach konventioneller Diagnostik (CT und/oder MRT, gegebenenfalls ergänzt durch Skelettszintigraphie)
  - zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung
  - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der

Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Strahlentherapie
- Allgemeinchirurgie oder
- Viszeralchirurgie

b) Kernteam

- Allgemeinchirurgie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Strahlentherapie
- Viszeralchirurgie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Humangenetik

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Ergotherapie
   - Orthopädietechnikmechaniker
   - Physiotherapie
   - Referenzpathologie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Allgemeinchirurgie
   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
   - Orthopädie und Unfallchirurgie
   - Viszeralchirurgie

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

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon

sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.

~~e)~~a) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,

~~f)~~b) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

~~g)~~c) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

~~h)~~d) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

~~i)~~e) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,

~~j)~~f) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,

~~k)~~g) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,

~~l)~~h) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,

~~m)~~i) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

~~n)~~j) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

~~o)~~k) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,

~~p)~~l) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

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

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

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

C43.1 Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus

C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend

C44.8 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend

C44.1 Bösartige Neubildung der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

C49.0 Bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses

Bindegewebe: Augenlid, Ohr

C69.- Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde

C72.3 Bösartige Neubildung des Nervus opticus [II. Hirnnerv]

C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms:

Primäres Bindehaut-Lymphom

D03.1 Melanoma in situ des Augenlides, einschließlich Kanthus

D04.1 Carcinoma in situ der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG-Untersuchungen)
- Anamnese
- Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Ophthalmoskopie, binokulare Untersuchung des (gesamten) Augenhintergrundes in Mydriasis, Schirmertest, Augeninnendruckmessung, Prüfung der Tränenwege, Sehtests (Visusprüfung u.a.), Gonioskopie, Spaltlampenmikroskopie, Perimetrie)
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen, Fluoreszenzangiographie des Auges)
- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen)
- Punktionen, Biopsien

- Tumorstaging

Behandlung

- Auswahl, Anpassung und Prüfung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe (z.B. Kontaktlinsen) und therapeutischen Sehhilfen
- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch, insbesondere Sehhilfen, Blindenhilfsmitteln und Prothesen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)
- Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignen Tumoren des Auges bzw. der Augenanhangsgebilde nach konventioneller Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall des Abdomens, CT, MRT oder Skelettszintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer

kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik

- PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei Merkel-Zell-Karzinom des Auges bzw. der Augenanhangsgebilde vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des Auges unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend den Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Augenheilkunde

b) Kernteam

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

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

Für die Hinzuziehenden sind folgende Fachärztinnen oder Fachärzte einzeln oder gemeinsam zu benennen:

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Ocularist

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

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

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

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

l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

> Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder
>
> mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss innerhalb von einem Quartal in eine gesicherte Diagnose überführt werden.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie oder eine regelmäßige Transfusion von Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten oder eine andere krankheitsspezifische systemische medikamentöse Therapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Die Konkretisierung umfasst des Weiteren die Betreuung von Patientinnen und Patienten, die wegen eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes eine Therapie erhalten haben und an einer Langzeitkomplikation/Spättoxizität leiden.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

C81.- Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]

C82.- Follikuläres Lymphom

C83.- Nicht follikuläres Lymphom

C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome

C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms

C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome

C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

C90.- Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen

C91.- Lymphatische Leukämie

C92.- Myeloische Leukämie

C93.- Monozytenleukämie

C94.- Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps

C95.- Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps

C96.- Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes

D45 Polycythaemia vera

D46.- Myelodysplastische Syndrome

D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes

D55.- Anämie durch Enzymdefekte

D56.0 Alpha- Thalassämie

D56.1 Beta-Thalassämie

D56.2 Delta-Beta-Thalassämie

D56.8 Sonstige Thalassämien

D57.- Sichelzellenkrankheiten

E85.30 Systemische AL-Amyloidose

Systemische Leichtkettenamyloidose

E85.88 Sonstige Amyloidose

AL-Amyloidose o.n.A

nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese:

D59.- Erworbene hämolytische Anämien

D60.- Erworbene isolierte aplastische Anämie [Erythroblastopenie] [pure red cell aplasia]

D61.- Sonstige aplastische Anämien

D64.- sonstige Anämien

nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten:

D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura

D69.4- Sonstige primäre Thrombozytopenie

D69.6- Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik:

D70.- Agranulozytose und Neutropenie

D71 Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten

D72.0 Genetisch bedingte Leukozytenanomalien

Bei Langzeitkomplikation/Spättoxizität ist der behandelte Tumor des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes als „Zustand nach“ zu dokumentieren.

Diese Anlage umfasst nicht die Nachbehandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der allogenen Stammzelltransplantation.

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Beratung, Behandlungsplanung und Therapiekontrolle
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen (wie zum Beispiel FDG-PET; FDG-PET/CT als Staging-Untersuchung beim Hodgkin-Lymphom und als initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen))
- Endoskopische Diagnostik

- Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- Immunphänotypisierung
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel HLA-Typisierung)
- Punktionen unter anderem Knochenmark, Biopsien
- Tumorstaging
- Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation, Gentherapie

Behandlung

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

Beratung

- zu Beratung und Betreuung zur sozialen Integration
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen

- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu risikoadaptierte Nachsorge
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei malignen Lymphomen oder extramedullären Leukämieherden zur Therapieplanung
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Strahlentherapie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Allgemein- und/oder Viszeralchirurgie
- Anästhesiologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik in Zusammenhang mit einer genetischen Untersuchung bei Sichelzellanämie oder Thalassämie, spätestens ab *[einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]*
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurochirurgie benannt werden.

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Transfusionsmedizin benannt werden.

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
   - Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
   - Physiotherapie
   - Referenzpathologie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Zahnheilkunde

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
   - Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im ASV-Team vorhanden ist

   Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.

c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
   - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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

d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
e) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
f) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
g) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

h) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
~~i)~~a) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
~~j)~~b) infektiöse Patientinnen und Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können,
~~k)~~c) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
~~l)~~d) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
~~m)~~e) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
~~n)~~f) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
~~o)~~g) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
~~p)~~h) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
~~q)~~i) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

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

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Langzeitkomplikation/Spättoxizität erfolgen bei Patientinnen bzw. Patienten, die wegen einer der unter 1 Konkretisierung aufgeführten Tumordiagnosen behandelt worden sind.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ Ffür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

Appendix „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL*

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

b) rheumatologische Erkrankungen

Teil 1: Erwachsene

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer rheumatologischen Erkrankung sowie deren Behandlung, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

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

D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]

D68.6 Sonstige Thrombophilien

D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

D69.0 Purpura anaphylactoides

D86.0 Sarkoidose der Lunge

D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten

D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten

D86.3 Sarkoidose der Haut

D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*

D89.1 Kryoglobulinämie

E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose

H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet

I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung

I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)

M02.1- Postenteritische Arthritis

M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

M05.- Seropositive chronische Polyarthritis

M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis

M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit

M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)

M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)

M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)

M08.- Juvenile Arthritis

M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

M11.- sonstige Kristall-Arthropathien

M13.- Sonstige Arthritis

M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8

M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände

M31.3 Granulomatose mit Polyangiitis

M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]

M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica

M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis

M31.7 Mikroskopische Polyangiitis

M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien

M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet

M32.- Systemischer Lupus erythematodes

M33.0 Juvenile Dermatomyositis

M33.1 Sonstige Dermatomyositis

M33.2 Polymyositis

M34.- Systemische Sklerose

M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]

M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome

M35.2 Behçet-Krankheit

M35.3 Polymyalgia rheumatica

M35.4 Eosinophile Fasziitis

M35.6 Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]

M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet

M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†)

M45.0- Spondylitis ankylosans

M46.8- Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien

M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet

M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

M94.1 Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis]

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie, Herzkatheteruntersuchung)
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z. B. Augendruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angiographie, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie, Endoskopie der Nasennebenhöhlen)
- Humangenetische Untersuchungen
- Intracutantest (Tuberkulintest)
- Kapillarmikroskopie
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse) einschließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörperbestimmung, humorale und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG)
- Nierenfunktionsdiagnostik
- Pulmonale Funktionsdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Radiosynoviorthesen
- Schmerztherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusion von Blutkomponenten
- UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen

- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises ergänzt werden
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz
- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) bei Patientinnen und Patienten mit anti-TIF1γ-oder NXP2- Antikörper-positiver Dermatomyositis bei Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr und Vorliegen mindestens eines weiteren Hochrisikofaktors zum Tumorausschluss bei Erkrankungsbeginn bis 3 Jahre nach Erkrankungsbeginn
- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-DOTA-NOC als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist
  - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-EKG,
  - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und Verdacht auf Sarkoidose
- Vorbereitung und Durchführung eines strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramms für Patienten mit Rheumatoider Arthritis

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Rheumatologie

b) Kernteam

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - Physiotherapie
   - Ergotherapie
   - Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich zu nennen.

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:

1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
2. Körperlicher Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und
4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).

Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Teil 2: Kinder und Jugendliche

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten ~~18. Lebensjahr~~ 21. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen rheumatologischer Erkrankungen.

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

D68.6 Sonstige Thrombophilien

D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

D69.0 Purpura anaphylactoides

D86.0 Sarkoidose der Lunge

D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten

D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten

D86.3 Sarkoidose der Haut

D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*

E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose

H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet

I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung

I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme

M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)

M02.1- Postenteritische Arthritis

M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

M05.- Seropositive chronische Polyarthritis

M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis

M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit

M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)

M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)

M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)

M08.- Juvenile Arthritis

M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

M13.- Sonstige Arthritis

M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8

M30.0 Panarteriitis nodosa

M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung

M30.2 Juvenile Panarteriitis

M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]

M31.3 Granulomatose mit Polyangiitis

M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]

M31.7 Mikroskopische Polyangiitis

M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien

M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet

M32.- Systemischer Lupus erythematodes

M33.0 Juvenile Dermatomyositis

M33.1 Sonstige Dermatomyositis

M33.2 Polymyositis

M34.- Systemische Sklerose

M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]

M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome

M35.2 Behçet-Krankheit

M35.4 Eosinophile Fasziitis

M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet

M45.0- Spondylitis ankylosans

M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet

M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

2 Behandlungsumfang

Es gilt der im Teil 1 Erwachsene geregelte Behandlungsumfang, soweit diese Prozeduren bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.

Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:

- Humangenetische Untersuchungen
- Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

a) Teamleitung

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie

~~b)~~a) Kernteam

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie
- Augenheilkunde
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

  Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie benannt werden.

~~c)~~b) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Es gelten die im Teil 1 Erwachsene geregelten Anforderungen.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.

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

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

4 Überweisungserfordernis

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

Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert

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

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

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

c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

K50.- Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]

K51.- Colitis ulcerosa

K52.3- Colitis indeterminata

K52.8 Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (nur Mikroskopische Kolitis)

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Augendruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall einschließlich, endosonographischer Verfahren, Röntgen, Sonografie, MRT-/Röntgen-Sellink)
- Dermatologische Diagnostik
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierung, Punktionen und Biopsien), Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei Durchführung der Überwachungskoloskopie
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (inklusive Stuhluntersuchungen)
- Punktionen, Biopsien, Histopathologische Untersuchungen

Behandlung

- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung (einschließlich), -durchführung und -kontrolle,
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und unerwünschten Behandlungsfolgen
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter und Pouch
- Einleitung der Rehabilitation
- Endoskopische Dilatation von Stenosen
- Kleinchirurgische Eingriffe, gegebenenfalls OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen

Eingriffen
- Einleitung, Überprüfung und Anpassung einer enteralen oder parenteralen Ernährung
- Medikamentöse Therapien einschließlich Infusionstherapien
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Therapie von Stuhlinkontinenz
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Ernährung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch (insbesondere Stoma- und Inkontinenzversorgung)
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zur operativen Versorgung
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zur psychotherapeutischen Versorgung
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Weitere spezifische Leistungen:

- Kapselendoskopie Dünndarm
    - wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, vollständige Koloskopie – sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT und Darmsonographie weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Crohn mit Dünndarmbefall besteht.
        - zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
        - zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen
            - bei chronisch aktiven Verlaufsformen
            - bei sekundärem Therapieversagen
            - bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf
- Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)
    - zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
    - bei unklarer Blutung bei vorherigem Ausschluss einer Blutungsquelle im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt
- Pouchoskopie

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie

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

b) Kernteam

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Viszeralchirurgie

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

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie benannt werden.

Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Kooperationsvereinbarung vertreten sein. Die Vorgaben des § 10 der Richtlinie gelten entsprechend.

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie
- Urologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie als Teammitglied benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege,
   - Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (zum Beispiel Diätassistenten),
   - Kontinenztherapie,
   - Physikalische Therapie,
   - Selbsthilfe,
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten,
   - Stomatherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Gastroenterologie
   - Viszeralchirurgie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm bestehen

3.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit sowie die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages zu dokumentieren.

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 100 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder f~~Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Chronisch entzündliche Darmerkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

a) Multiple Sklerose

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

G35.- Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]

G36.- Sonstige akute disseminierte Demyelinisation

G37.- Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

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

Behandlung

- Anlage von Blasenkathetern
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen

- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien inklusive Injektionen, Infusionstherapien, intrathekale Pumpenversorgung
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Wundversorgung

Beratung

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Neurologie

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

b) Kernteam

- Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Innere Medizin und Kardiologe
- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene

- Radiologie
- Urologie

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Neurologie

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

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

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

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

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Multiple Sklerose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie), wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe oder besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

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

G40.- Epilepsie

Bei G40.5 Spezielle epileptische Syndrome nur Epilepsia partialis continua [Kojewnikow-Syndrom]

F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel immunologische Labordiagnostik, Bestimmung von Arzneimittelspiegeln)
- Liquoruntersuchung
- Neurologische Untersuchung
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Neuropsychologische Untersuchungen
- Psychiatrische Untersuchung

Behandlung

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien inkl. Injektionen, Infusionstherapien

- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Wundversorgung

Beratung

- zu Ausbildung, Beruf und sozialen Aspekten
- zu Diagnostik und Behandlung (zum Beispiel auch Epilepsie-Chirurgie)
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung (zum Beispiel Ketogene Diät)

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Neurologie

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

b) Kernteam

- Zusätzlich zur Teamleitung: Neurologie

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

  Falls keine Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Humangenetik
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Kardiologie

- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
   - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege
   - Epilepsie-Chirurgie
   - Ergotherapie
   - Logopädie
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

c) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
d) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 110 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

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

Bei ausschließlicher Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird keine Mindestmenge festgelegt.

4 Überweisungserfordernis

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

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

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

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage zerebrale Anfallsleiden dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser

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

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

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

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

A15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert

A16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert

A17.- Tuberkulose des Nervensystems

A18.- Tuberkulose sonstiger Organe

A19.- Miliartuberkulose

A31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien

sowie Z20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention

sowie Z22.7 Latente Tuberkulose bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention.

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG-Untersuchungen)
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Prüfung des Farbsinns, Funduskopie)
- Blutgasanalyse
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT-/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Endoskopie des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes, des Urogenitaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. laryngoskopische und bronchoskopische Untersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, Urethrozystoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Hörschwellenbestimmung, Tonschwellenaudiometrie, Sprachaudiometrie)
- Körperliche Untersuchung

- Laboruntersuchungen (z. B. phänotypische Resistenztestung, ausgewählte molekularbiologische Schnellresistenztestverfahren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Lungenfunktionsmessungen
- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen Materials
- Punktionen, Biopsien
- Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik
- Tuberkulintest

Behandlung

- Anlage von fixierenden Verbänden
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Bougierung der Harnröhre
- Chemoprophylaxe/Chemoprävention
- Einlage von Blasenkathetern
- Einlage von Schienenkathetern
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien, inklusive Infusionstherapie und gegebenenfalls kontrollierte Medikamenteneinnahme (inklusive DOTS=directly observed treatment short course)
- Physikalische Therapie inklusive Inhalationstherapie
- Punktion und Drainagetherapie
- Schmerztherapie
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Infektionsschutzmaßnahmen
- zu Medikamentengabe, Nebenwirkungen und Resistenzen
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten, auch zu Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

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

b) Kernteam

- Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
  - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder
  - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie:
  - Innere Medizin und Pneumologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Neurologie
- Pathologie
- Laboratoriumsmedizin
- Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
   - Physiotherapie
   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS–Behandlung bestehen,

c) eine räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose bzw. nachgewiesener Multiresistenz gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 20 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie ~~Behandlungsumfang~~. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Tuberkulose und atypische Mykobakterien dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs.

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

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

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

b) Mukoviszidose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose.

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

E84.- Zystische Fibrose

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allergiediagnostik (z. B. Intracutantest)
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. ERCP), des Respirationstraktes (z. B. Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Audiometrie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz, Glukosebestimmung)
- Makroskopische und mikroskopische Untersuchung bei einer Patientin und bei einem Patienten entnommenen Materials
- Pulmonale Funktionsdiagnostik
- Schweißtest für Kinder und Jugendliche
- Tuberkulintest

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen; die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung
- zur Prävention von Infektionen und zur Besiedlung mit pathogenen Keimen (z. B. PSAE, MRSA, Cepacia-Komplex; Aspergillen)

Weitere spezifische Leistungen:

- Schweißtest
  - 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
  - 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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie

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

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Pathologie
- Radiologie
- Urologie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie
   - Ernährungstherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen gewährleistet ist.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Mukoviszidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

---

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

c) Hämophilie

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hämophilie.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden hereditären oder erworbenen Faktormangelzuständen und sonstigen Koagulopathien, sofern sie mit einer dauerhaft behandlungsbedürftigen Hypokoagulabilität verbunden sind:

D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel

D68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom

D68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel

D68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII

D68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren

D68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper

D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren

D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

D69.1 Qualitative Thrombozytendefekte

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. Gastroskopie, Koloskopie)
- humangenetische Untersuchungen
- Infektionsdiagnostik (z. B. HIV, Hepatitis B und C)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. Klinische Chemie und Blutbild, Blutgruppenbestimmung und weitere immunhämatologische Diagnostik, umfassende Gerinnungsdiagnostik mit Einzelfaktorbestimmungen, Hemmkörperbestimmung- und Titration, immunologische und HLA-Diagnostik)

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Gerinnungstherapie
- Medikamentöse Therapien
- Orthopädisch-unfallchirurgische Intervention
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Transfusion von Blutkomponenten

Beratung

- zu Diagnostik, Behandlung und Therapiewahl (z. B. Immuntoleranz, Prophylaxe vs. Bedarfsmedikation, Heimselbstbehandlung)
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung (einschließlich Zyklusregulation)
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen: Die Information erfolgt mittels eines Notfallausweises.
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung
- zur Kontrolle der Physiotherapie
- zur Präparatewahl (Heimselbstbehandlung, rekombinante vs. Plasmapräparate, Dosis)
- zur Prävention
- zur Schulung von Patientinnen und Patienten und Personen aus dem häuslichen Umfeld in Bezug auf die Heimselbstbehandlung
- zur Zahnextraktion

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie benannt werden.

b) Kernteam

Zusätzlich zur Teamleitung mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie:

- Innere Medizin
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Transfusionsmedizin

Sofern Teamleitung Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, muss mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie und der Facharztweiterbildung

- Innere Medizin oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Teil des Kernteams sein.

Teil des Kernteams ist auch:

- Orthopädie und Unfallchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie zu benennen.

Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Allgemeinchirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:

- Zahnheilkunde

Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.

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

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

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

d) folgende räumliche und technische Ausstattung vorgehalten wird: permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 30 Patientinnen und Patienten mit schwerer Hämophilie (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine

vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Hämophilie dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

d) neuromuskuläre Erkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen.

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

E85.1 neuropathische heredofamiliäre Amyloidose

G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

G14 Postpolio-Syndrom

G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie

G61.- Polyneuritis

G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten

G71.- Primäre Myopathien

G72.3 Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung

G72.4 Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert

G72.88 Sonstige näher bezeichnete Myopathien

G73.0* Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten

G73.1* Lambert-Eaton-Syndrom

G73.2* Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen

G73.3* Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

G73.4* Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

G73.5* Myopathie bei endokrinen Krankheiten

G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

M33.- Dermatomyositis-Polymyositis

M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†)

M60.1- Interstitielle Myositis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

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

- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung, Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- Molekulargenetische Untersuchungen
- Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- Punktionen und Biopsien
- Schluckdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zur Ernährung
- zur operativen Versorgung
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Weitere spezifische Leistungen:

- Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie

- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
  - bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht auf ein Thymomrezidiv,
  - bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,
  - bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese

  und negativem oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -MRT von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie, Antikörperdiagnostik)

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Neurologie

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

b) Kernteam

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Sofern keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neuropathologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie benannt werden.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- Physikalische Therapie
- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- Neurologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage neuromuskuläre Erkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser

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

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

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

e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen

Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose.

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

D86.- Sarkoidose

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Augenhintergrunduntersuchung, Visus- und Refraktionsbestimmung, Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Perimetrie, Schirmertest, Augendruckmessung)
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT inklusive kardiale Bildgebung, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik, Serologischer und mikrobiologischer Nachweis von Krankheitserregern einschließlich gegebenenfalls Resistenzbestimmung
- Liquordiagnostik
- Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- Neurophysiologische Untersuchungen
- Pulmonale Funktionsdiagnostik
- Punktionen und Biopsien

Behandlung

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe

- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie

Beratung

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

Weitere spezifische Leistungen:

- PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-DOTA-NOC
  - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-EKG,
  - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und Verdacht auf Sarkoidose

  als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist.

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Pneumologie oder
- Innere Medizin und Rheumatologie

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

b) Kernteam

- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten

verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - Transplantationszentren (Lunge)
   - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physikalische Therapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Pneumologie
   - Innere Medizin und Rheumatologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und

Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 B der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Sarkoidose dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

h) Morbus Wilson

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson.

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

E83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- Biopsien und Punktionen
- Elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale)
- Endoskopie des Gastrointestinaltrakts einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, zytologische und histologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials
- Mutationsdiagnostik

Behandlung

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien
- Physikalische Therapie
- Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten

- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson erfolgt in einem interdisziplinären Team gemäß § 3 ASV-RL.

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- Neurologie

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

b) Kernteam

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Neurologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- Transplantationszentren (Leber)
- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Keine.

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV- Indikation entspricht. ~~oder~~ Ffür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Morbus Wilson dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der

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

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

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

k) Marfan-Syndrom

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

Q87.4 Marfan-Syndrom und

verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können, z. B.

- Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,
- Loeys-Dietz-Syndrom,
- Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskulärer Typ)

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG-Untersuchungen) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung, Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-Untersuchungen, Sonographie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Lungenfunktionsmessungen
- Orthopädische Funktionsdiagnostik

Behandlung

- Anlage von fixierenden Verbänden
- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie

- Sexualberatung und Familienplanung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Herzchirurgie oder
- Innere Medizin und Kardiologie

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

b) Kernteam

- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Humangenetik
- Innere Medizin und Pneumologie

  Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie als Teammitglied benannt werden.

- Laboratoriumsmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche als Teammitglied benannt werden.

- Radiologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Physiotherapie

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	KBV
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Marfan-Syndrom dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

l) pulmonale Hypertonie

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie.

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

I27.0- Primäre pulmonale Hypertonie

I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie

P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

entsprechend der Nizza-Klassifikation

- Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1‘ oder 1‘‘ der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 5.1 oder der Klasse 5.3 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne Klasse 3.2, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat), 5.2 oder der Klasse 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale [TEE] und transthorakale [TTE] Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheter [gegebenenfalls mit pharmakologischer Testung])
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchung, Sonographie, Dopplеruntersuchung, Ventilations-Perfusions-Szintigraphie, CT, MRT, Pulmonalarterienangiographie, Myokardszintigraphie)
- Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes
- Endoskopie des Respirationstraktes
- Humangenetische Untersuchungen (z. B. BMPR2, ALK1)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. Blutgasanalyse)
- Lungenfunktionsmessungen (z. B. Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Kohlenmonoxid [DLCO])
- Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen
- Spiroergometrie

Behandlung

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlung in Notfallsituationen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu sozialen Beratungsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises erfolgen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Kardiologie oder
- Innere Medizin und Pneumologie

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

b) Kernteam

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Nuklearmedizin
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

   - Transplantationszentren (Lunge, Herz)
   - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
   - Physiotherapie

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   - Innere Medizin und Kardiologie
   - Innere Medizin und Pneumologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

Bei pulmonaler Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage pulmonale Hypertonie dieser Richtlinie bestimmt.

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

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

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

m) Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom“

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom.

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

K52.0 Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung

K90.2 Syndrom der blinden Schlinge, anderenorts nicht klassifiziert

K90.8 Sonstige intestinale Malabsorption Whipple-Krankheit

K90.9 Intestinale Malabsorption, nicht näher bezeichnet

K91.1. Syndrome des operierten Magens

K91.2 Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert

K91.4 Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie

Q41.- Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dünndarmes

Q42.- Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes

Q43.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Darmes (Angeboren: Syndrom der blinden Schlinge)

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Anamnese
- bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen einschließlich Magen- Darmpassage und Motilitätsbildgebung, CT, MRT, Untersuchung nach Sellink, Angiographie, Urographien, Darstellung von Fisteln und Gängen)
- endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren (z.B. ERCP, Kapselendoskopie, ÖGD, Koloskopie)
- histologische und zytologische Diagnostik
- körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Punktionen, Biopsien

Behandlung

- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Anlage, Revision und Kontrollen von Kathetern und Sonden zur enteralen und parenteralen Ernährung
- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung (einschließlich), -durchführung und -kontrolle

- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung, Überprüfung und Anpassung einer (oral-)enteralen oder parenteralen Ernährung
- Endoskopische Dilatation von Stenosen
- Kleinchirurgische Eingriffe, ggf. OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- medikamentöse Therapien einschließlich Infusionstherapien
- Schmerztherapie
- Therapie von Stuhlinkontinenz
- Wundversorgung

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Heilmitteln
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch (insbesondere Stoma- und Inkontinenzversorgung)
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zur (oral-)enteralen und parenteralen Ernährung
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zur psychotherapeutischen Versorgung
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

Weitere spezifische Leistungen:

- Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie

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

b) Kernteam

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Viszeralchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie benannt werden.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Gefäßchirurgie und/oder Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie
- Urologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche benannt werden.

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
    - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege,
    - Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (zum Beispiel Diätassistenten),
    - Physiotherapie,
    - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
    - Stomatherapie

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

   – Innere Medizin und Gastroenterologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Keine.

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	**KBV** besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 18. Dezember 2025 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und

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

***Appendix „Kurzdarmsyndrom* gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL "**

n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die ambulante Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation, die eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit folgenden Erkrankungen oder Zuständen kodiert mit:

Z94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression

Z94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression

T86.0- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-Host-Krankheit

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen inklusive PET; PET/CT, Osteodensitometrie)
- Endoskopische Untersuchungen einschließlich interventioneller Verfahren (zum Beispiel endoskopische Bougierungen, Punktionen und Biopsien)
- Histologische, zytologische, zytogenetische und molekulargenetische Untersuchungen
- Immunphänotypisierung
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel Chimärismusanalyse)
- Lungenfunktionsmessungen (zum Beispiel Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für Kohlenmonoxid (DLCO))
- Punktionen unter anderem Knochenmark, Biopsien
- Tumorstaging

Behandlung

- Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen

Eingriffen

- Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung einer Rehabilitation
- Intrathekale Therapie
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien (inklusive Infusionstherapie und Immunsuppressive Therapie)
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusionen
- Wundversorgung

Beratung

- zu Beratung und Betreuung zur sozialen Integration
- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu risikoadaptierte Nachsorge
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- intensivierte Nachbetreuung nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen analog der intensivierten Nachbetreuung nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen im EBM
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Lymphomen und akuten Leukämien mit extramedullärem Befall nach allogener Stammzelltransplantation zur Überprüfung des Behandlungserfolgs und bei Rezidivverdacht nicht zur regelmäßigen Verlaufskontrolle

- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- Zusätzlicher Aufwand für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86522 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.

Die Teamleitung muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, die allogene Stammzelltransplantation durchführt.

b) Kernteam

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Gastroenterologie

– Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

Zusätzlich können nur für die Weiterbehandlung gemäß 3.2 Nummer 1 auch Fachärztinnen und Fachärzte für

– Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

benannt werden. § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL gilt für dieses zusätzliche Teammitglied nicht.

~~c)~~a) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

– Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
– Anästhesiologie
– Augenheilkunde
– Frauenheilkunde und Geburtshilfe
– Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

DKG, PatV	**GKV-SV, KBV**
– Humangenetik, spätestens ab *[einsetzen: Datum des ersten Tages des dreizehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]*“	*[keine Aufnahme]*

– Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
– Innere Medizin und Kardiologie
– Innere Medizin und Nephrologie
– Innere Medizin und Pneumologie
– Innere Medizin und Rheumatologie
– Laboratoriumsmedizin
– Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
– Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
– Neurologie
– Nuklearmedizin
– Pathologie
– Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
– Radiologie
– Strahlentherapie
– Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Transfusionsmedizin benannt werden
– Urologie

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

1. Durch eine geeignete Organisation ist sicherzustellen, dass bei Benennung einer zusätzlichen Fachärztin beziehungsweise eines zusätzlichen Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie gemäß 3.1 Buchstabe b, für die § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL nicht gilt, die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen der Weiterbehandlung (insbesondere zu Zeitpunkt der Einbindung und Aufgabenspektrum) vom Kernteam gemeinsam zu treffen ist.
2. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass
   a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
      - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege
      - Physiotherapie
      - sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

      Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
   b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
      - Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereit im ASV-Team vorhanden ist

      Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
   c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
      - Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie

      Die 24 Stunden Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.
   d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen,
   e) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
   f) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
   g) infektiöse Patientinnen und Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können,
   h) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
   i) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden,
   j) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
   k) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
   l) stationäre Notfalloperationen möglich sind,

m) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird und
n) eine Meldung der Krankheitsverläufe der Patientinnen und Patienten an Krebsregister entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Da die Teamleitung an einer Klinik tätig sein muss, die allogene Stammzelltransplantationen durchführt und damit die Anforderungen der Mindestmengenregelung des G-BA zur allogenen Stammzelltransplantation erfüllt, sind gesonderte Anforderungen zur Mindestmenge für die ASV nicht notwendig.

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ F~~f~~ür Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

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

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation und schwere Erkrankungen der Blutbildung dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den

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

Appendix „Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation“ gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL *

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

o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen

1 Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1.1 Primär biliäre Cholangitis (PBC)

K74.3 Primäre biliäre Cholangitis

K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose (auch Idiopathic adulthood ductopenia Syndrom (IAD) und Vanishing bile duct Syndrom)

K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet

1.2 Cholangitis

K83.0- Cholangitis

1.3 Autoimmunhepatitis (AIH)

K75.4 Autoimmune Hepatitis

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- Anamnese
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete)

Behandlung

- Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Einleitung der Rehabilitation
- Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie

- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Therapeutische Punktionen und Drainagen

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Verhalten in Notfallsituationen
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Weitere spezifische Leistungen:

- Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

- Innere Medizin und Gastroenterologie

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

b) Kernteam

- Zusätzlich zur Teamleitung: Innere Medizin und Gastroenterologie

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

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Innere Medizin und Rheumatologie
- Laboratoriumsmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Radiologie
- Viszeralchirurgie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche als Teammitglied benannt werden

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

- Transplantationszentren (Leber)
- sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- Innere Medizin und Gastroenterologie

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

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer 1 genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder~~ ~~F~~für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 19. März 2026 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage ausgewählte seltene Lebererkrankungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

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

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

1 Konkretisierung der Erkrankung

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

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

E83.30 Familiäre hypophosphatämische Rachitis

E83.31 Vitamin-D-abhängige Rachitis

E83.38 Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase

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

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

M61.1- Myositis ossificans progressiva

M85.0- Fibröse Dysplasie (monostotisch)

M88.- Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]

(Juveniles Paget-Syndrom)

Q67.5 Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule

Q71.- Reduktionsdefekte der oberen Extremität

Q72.- Reduktionsdefekte der unteren Extremität

Q73.- Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)

Q74.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)

Q75.- Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen

Q76.- Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax

Q77.- Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule

Q78.- Sonstige Osteochondrodysplasien

Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom (vom nicht vaskulären Typ)

Q79.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems (amniotische Schnürfurchen)

Q87.0 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes

Q87.1 Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen

Q87.2 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten

Q87.3 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen Kindesalter

Q87.5 Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen

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

2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Augenärztliche Diagnostik
- Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen inkl. Skelettszintigraphie, Osteodensitometrie)
- HNO-ärztliche Diagnostik (zum Beispiel Audiometrie)
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (zum Beispiel Untersuchungen des Knochenstoffwechsels)
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Molekulargenetische Untersuchungen
- Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- orthopädische Funktionsdiagnostik
- Punktionen und Biopsien

Behandlung

- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapien
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Versorgung mit Hörhilfen

- Wundversorgung

Beratung

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

3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

3.1 Personelle Anforderungen

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

a) Teamleitung

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

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie ~~und/~~oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie benannt werden.

b) Kernteam

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

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

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend -Nephrologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen.

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

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie und/oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie zu benennen.

c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- bei Ehlers-Danlos-Syndrom auch Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeut für

Erwachsene

- Radiologie

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

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

3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
   - ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege
   - Ergotherapie
   - Kieferorthopädie
   - Logopädie
   - Orthopädietechnik-Mechanik
   - Physiotherapie
   - soziale Dienste wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

   Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
   - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
   - Innere Medizin und Nephrologie
   - Innere Medizin und Rheumatologie
   - Orthopädie und Unfallchirurgie

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

3.3 Dokumentation

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

3.4 Mindestmengen

Keine.

4 Überweisungserfordernis

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

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses

GKV-SV, DKG, PatV	**KBV**
oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht	besteht kein Überweisungserfordernis ins eigene Team, wenn eine behandlungsrelevante Diagnose der ASV-Indikation entspricht. ~~oder f~~Für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht ebenfalls

kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

5 Appendix gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie

Präambel

Die Definition des erkrankungsspezifischen Behandlungsumfanges obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 5 der Richtlinie. Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hat mit Beschluss vom *[einsetzen: Datum des Beschlusses des ergBA nach § 5a Satz 1 ASV-RL mit dem der G-BA-Beschluss vom 18. Dezember 2025 umgesetzt wurde]* die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Anlage Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen dieser Richtlinie bestimmt. Die nachfolgende Leistungsbeschreibung konkretisiert unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen des ergänzten Bewertungsausschusses zu den abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 dieser Richtlinie Änderungen des Behandlungsumfangs. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft regelmäßig den Behandlungsumfang. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf auf.

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

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

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
DAAEDEDDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: asv@g-ba.de

Ihr Schreiben vom		Durchwahl	Datum
19. Juni 2026		-142	26. Juni 2026

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 Starke,

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.

I. Dabisch

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 08.07.2026

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 Katrin Starke
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 19.06.2026

Sehr geehrte Frau Starke,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 19.06.2026, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Aktualisierung der ASV-RL gegeben wird.

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

Mit freundlichen Grüßen

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

BfDI
Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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#1629
(bitte immer angeben)
Dok.: 78759/2026

Anlage: -

Bonn, 16.07.2026

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Aktualisierung ASV-RL

Sehr geehrter Frau Maag,
sehr geehrte Frau Starke,
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.