

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

Vom 22. Januar 2015

Inhalt

1	Rechtsgrundlage	2
2	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Aufbau	3
2.2	Zu den Regelungen im Einzelnen	3
2.2.1	Konkretisierung der Erkrankung	3
2.2.2	Behandlungsumfang	3
2.2.3	Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	5
2.2.3.1	Personelle Anforderungen	5
2.2.3.2	Sächliche und organisatorische Anforderungen	6
2.2.3.3	Dokumentation	6
2.2.3.4	Mindestmengen	6
2.2.4	Überweisungserfordernis	7
2.2.5	Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des einheitlichen Bewertungsmaßstabs - EBM).....	7
3	Bürokratiekostenermittlung.....	10
4	Verfahrensablauf	10
5	Fazit	12
6	Zusammenfassende Dokumentation.....	12

1 Rechtsgrundlage

Mit der Neufassung des § 116b SGB V durch das insoweit am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) hat der Gesetzgeber einen neuen Versorgungsbereich – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – geschaffen.

In diesem neuen Versorgungsbereich sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unter grundsätzlich gleichen Bedingungen Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen behandeln sowie hochspezialisierte Leistungen erbringen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer Richtlinie das Nähere zur ASV.

Zur Umsetzung dieses Regelungsauftrags hat der G-BA am 21. März 2013 die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) beschlossen, die am 20. Juli 2013 in Kraft getreten und zuletzt mit dem am 26. Juli 2014 in Kraft getretenen Beschluss des G-BA vom 20. Februar 2014 geändert worden ist.

2 Eckpunkte der Entscheidung

Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL gibt den formalen Rahmen für den neuen Versorgungsbereich vor und regelt die Anforderungen an die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisierenden schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten.

Im nächsten Schritt werden die jeweiligen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen nun über die entsprechenden ICD-Kodes konkret benannt und der krankheitsspezifische Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung bestimmt.

Ausgangspunkt der Überarbeitung sind dabei die bestehenden Konkretisierungen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL).

Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den jeweiligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL. Hinsichtlich der aus der ABK-RL überführten Regelungsinhalte wird auf die Beschlussfassung des G-BA über die erkrankungsspezifischen Regelungen zum Marfan-Syndrom in der ABK-RL vom 15. August 2006 und die hierzu veröffentlichten [Tragenden Gründe](#) verwiesen.

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

2.1 Aufbau

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

Die Anlage 2 k) Marfan-Syndrom der ASV-RL ist wie folgt gegliedert:

1. *Konkretisierung der Erkrankung*
2. *Behandlungsumfang*
 - *Diagnostik*
 - *Behandlung*
 - *Beratung*
3. *Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität*
 - 3.1 *Personelle Anforderungen*
 - a) *Teamleitung*
 - b) *Kernteam*
 - c) *Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte*
 - 3.2 *Sächliche und organisatorische Anforderungen*
 - 3.3 *Dokumentation*
 - 3.4 *Mindestmengen*
4. *Überweisungserfordernis*
5. *Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)*
 - *Präambel*
 - *Abschnitt 1*
 - *Abschnitt 2*

2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

Die erkrankungsspezifischen Regelungen zum Marfan-Syndrom in der ABK-RL umfassten die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom und verwandten durch genetische Mutationen bedingten Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können.

Entsprechend den Vereinbarungen im Eckpunktepapier zur ASV-Richtlinie wurden die Regelungen zur Konkretisierung der Erkrankung bei Marfan-Syndrom in der ASV-RL aus den Regelungen in der ABK-RL übernommen.

2.2.2 Behandlungsumfang

Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V ist der Behandlungsumfang für die drei Ebenen des Behandlungsteams zu bestimmen.

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

Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine Aufzählung der möglichen Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die eine Patientin bzw. ein Patient in der ASV erwarten kann.

Diagnostik

Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) im Abschnitt 1 des Appendix abschließend aufgeführt.

Der mögliche Leistungsumfang der ASV ist jedoch nicht auf den des EBM beschränkt. Vielmehr können Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfanges der ASV sein, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Mit der Benennung von „Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM“ sind, folgt der G-BA an dieser Stelle diesen Gestaltungsmöglichkeiten. Diese Leistungen außerhalb des EBM werden ergänzend im Abschnitt 2 des Appendix benannt.

Basisleistungen der augenärztlichen Untersuchungen z.B. Spaltlampenuntersuchungen sind bei der Behandlung von Marfan-Patienten essentiell. Diese sind im EBM Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale. Die Augenärzte sind als hinzuzuziehende Fachgruppe auf Indikations- und Definitionsauftrag tätig. Die Grundpauschalen werden daher nicht im Abschnitt 1 des Appendix abgebildet.

Die zum Behandlungsumfang zählenden augenärztlichen Einzelleistungen sind neben der Spaltlampenmikroskopie die Bestimmung des Visus, subjektive und objektive Refraktionsbestimmung, tonometrische Untersuchung, Beurteilung des zentralen Fundus, Gonioskopie, Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen, Kontrolle vorhandener Sehhilfen und/oder Messung der Akkommodationsbreite. Diese werden als Pauschale im Abschnitt 2 des Appendix abgebildet.

Für die genetische Diagnostik des Marfan-Syndroms kann die Untersuchung von Genen mittels Sequenzierung notwendig sein. Diese Untersuchungen sind im EBM ausschließlich in Sanger-Technik möglich. Diese molekulargenetische Untersuchung soll auch mittels next-generation-sequencing (NGS) durchgeführt werden können. Der G-BA legt fest, dass sofern eine entsprechende Leistung in den EBM aufgenommen worden ist, diese in den Abschnitt 1 des Appendix zu überführen und der Abschnitt 2 des Appendix dahingehend anzupassen ist.

Behandlung

Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen und von Behandlungsspätfolgen.

Die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 3 der ASV-RL vermeiden unnötige Brüche im Behandlungsablauf, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL erfüllt sind.

Die Beratung zu Fragen der Sexualität oder Familienplanung kann im Rahmen der Behandlung u.U. wegen therapiebedingter unerwünschter Nebenwirkungen notwendig sein.

Werdende Mütter mit Marfan-Syndrom bedürfen einer engmaschigen und sehr intensiven Kontrolle. Die Betreuung der Schwangerschaft selbst wird bei der entsprechend spezialisierten Fachärztin bzw. bei dem entsprechend spezialisierten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Regelversorgung sichergestellt.

Die vollständige und abschließende Aufzählung der Leistungen sowie die Zuordnung zu den an der ASV beteiligten Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzogen.

§ 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL ermöglicht § 116b-SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leis-

tungen zu erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b-SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und Patientinnen bzw. Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zumuten ist. Der in der ABK-RL enthaltene Verweis auf Sonderkonstellationen (besondere Fragestellungen) kann daher entfallen.

2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

2.2.3.1 Personelle Anforderungen

Die Regelungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL wurden entsprechend der ABK-RL grundsätzlich übernommen und redaktionell der neuen Teamgestaltung angepasst.

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden in Ziffer „3 Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität“ unter „3.1 Personelle Anforderungen“ Änderungen wie nachfolgend dargestellt vorgenommen:

Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt werden. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie als Bestandteil des Kernteams sowie in der Funktion als Teamleitung vorgesehen. Bei den Anforderungen hinsichtlich der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte wurde für den Fall, dass auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen, zudem die Möglichkeit eröffnet, zusätzlich Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie als Teammitglieder zu benennen. Dies folgt dem Umstand, dass in den Fachdisziplinen Pneumologie sowie Psychiatrie/Psychotherapie auch Facharztqualifikationen mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden sind, denen der G-BA auf diesem Wege die Einbeziehung ermöglicht. Vor dem Hintergrund, dass beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Ärztinnen und Ärzten mit dieser zum Teil noch relativ jungen Weiterbildung bestehen, hat dieser hier ausdrücklich nur eine „Kann“-Regelung“ vorgesehen.

Für die Fachdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgte die Verortung im Kernteam, da die orthopädische Mitbehandlung beim Marfan-Syndrom häufig medizinisch relevant ist.

Für die Fachdisziplin Radiologie wurde zudem eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams (hinzuzuziehende Fachärztinnen bzw. Fachärzte) vorgesehen. Dies stellt nicht in Frage, dass es sich bei dieser Fachdisziplin auch um eine wichtige Säule in der Diagnostik und der Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten mit Marfan-Syndrom im Rahmen der ASV handelt. Der Umfang des direkten Patientenkontaktes dieser Fachdisziplin findet jedoch selten in dem Maße statt, wie sie der G-BA bei der Beschreibung der Ebene des Kernteams vorsieht. Dieser Umstand trifft in gleichem Maße für die Fachärztin bzw. den Facharzt für Laboratoriumsmedizin zu.

Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.

Die Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte haben die auf der Grundlage der Qualitätssicherungsvereinbarungen erteilten Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss vorzulegen. Fachärztinnen bzw. Fachärzte in Krankenhäusern haben die Erfüllung der persönlichen und fachlichen Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch entsprechende Nachweise gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss zu belegen.

Der G-BA kann darüber hinaus ASV-spezifische einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V

treffen. Wird vom G-BA im Indikationsgebiet dieser Konkretisierung die Notwendigkeit hierfür festgestellt, erfolgt eine entsprechende Festlegung. Die Prüfung der Notwendigkeit erfolgt im Rahmen der regulären Beobachtungs- und Evaluationspflichten des G-BA.

2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist.

Die Anforderung, dass u.a. eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozialen Beratungsangeboten“.

Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sind entsprechend des gesetzlichen Auftrags besonders hohe Anforderungen an die Qualität der Behandlung zu stellen.

2.2.3.3 Dokumentation

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

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

Die Angabe des ICD-Kodes ist obligat. Sollte für die Diagnose kein spezifischer ICD-Kode existieren, ist ein unspezifischerer ICD-Kode zu verwenden.

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

2.2.3.4 Mindestmengen

Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus.

Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom mitbringen müssen. Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen, wie sie in § 6 ABK-RL geregelt wurde, fest. Die dort definierte Mindestmenge von 50 je Einrichtung wurde in der ABK-RL auf Anregung von Experten festgelegt. Diese Festlegung wurde aus der ABK-RL in die ASV-RL

übernommen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose pro Jahr behandeln.

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

In den zwölf Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss muss das Kernteam mindestens 50% der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt haben. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50% unterschritten werden.

2.2.4 Überweisungserfordernis

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

Analog zur gesetzlichen Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich besteht gemäß § 8 Satz 3 ASV-RL auch für Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte kein Überweisungserfordernis.

Diese Ausnahmeregelungen gelten jedoch nur, wenn die Patientinnen bzw. Patienten im eigenen ASV-Team behandelt werden.

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

Da es sich um eine lebenslange Erkrankung handelt, wurde auf eine Befristung der Überweisung verzichtet.

2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des einheitlichen Bewertungsmaßstabs - EBM)

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

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

Der Appendix ist in zwei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend in Abschnitt 1 benannt. Ergänzend werden in Abschnitt 2 die Leistungen aufgeführt, die zum Behandlungsumfang der ASV zählen und bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben bzw. Bestandteil von Pauschalen sind.

Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der krankheitsspezifischen Konkretisierung der G-BA-Richtlinie. Dabei wurden die EBM-

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

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

Grundlage für den Ziffernkranz bei Marfan-Syndrom ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der mit Wirkung zum 1. April 2014 in Kraft getretenen Fassung.

Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Bei Aktualisierungen des EBM prüft der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung unterjährig Anpassungsbedarf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den Regelungsbereich des ergänzten Bewertungsausschusses bis zur abschließenden Änderung des Appendix durch den G-BA ggf. entsprechende Übergangsvorschriften festzulegen.

Abschnitt 1:

Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:

Erstellt wurde eine möglichst vollständige Liste mit allen Gebührenordnungspositionen (GOP), die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Konkretisierung in Frage kommen können. In der **Anlage 5** der Tragenden Gründe findet sich die dem Appendix zugrundeliegende Auflistung der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang. Durch den Einschluss der relevanten GOP soll – insbesondere im Zusammenhang mit einer spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder – eine umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte Wechsel zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese von den vertragsärztlichen Teilnehmern an der ASV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung des § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

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

Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

Ausgewählte GOPs aus diesem Abschnitt wurden auch hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten arztgruppenspezifisch zugeordnet.

Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

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

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

Leistungen des Abschnitts 31.6.2 „orthopädisch-chirurgisch-konservative Gebührenordnungspositionen“ wurden zur Behandlung im Rahmen der orthopädischen Versorgung / Orthopädietechnik den Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie zugeordnet.

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

Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

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

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

Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Marfan-Syndrom in Frage kommen.

Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen bzw. Laborärzten zugeordnet.

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

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

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

Die Konkretisierung sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und Betreuung sowie die Information über psycho-soziale Beratungs- und Betreuungsangebote vor. Die psychotherapeutischen Facharztgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und können somit nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

Abschnitt 2:

Die in Abschnitt 2 des Appendix benannten Verfahren sind derzeit nicht im EBM enthalten bzw. Bestandteil von Pauschalen.

Hinsichtlich der augenärztlichen Leistungen (Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale) wird auf die Ausführungen unter Punkt 2.2.2 verwiesen.

Die molekulargenetische Untersuchung der relevanten Gene zur differenzialdiagnostischen Abklärung mittels Hochdurchsatzverfahren (z.B. next-generation-sequencing - NGS) wurde in den Abschnitt 2 aufgenommen. Begründung siehe unter 2.2.2.

3 Bürokratiekostenermittlung

Durch den Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Insgesamt belaufen sich die mit diesem Beschluss einhergehenden Bürokratiekosten auf geschätzt 39.840 Euro jährlich. Zudem fallen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 184.789 Euro an. Die Darstellung des Vorgehens und der Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in **Anlage 1**.

4 Verfahrensablauf

Im Sommer 2012 begann die AG ASV mit vorbereitenden Beratungen zur Erstellung der Anlagen der ASV-RL.

Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Unterausschuss ASV) hat in seinen Sitzungen am 13. Februar 2013 und 13. März 2013 Eckpunkte zur Erstellung der Anlagen der ASV-RL beraten und sich u.a. darauf verständigt, Erkrankungen aus dem Bereich der schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen parallel zu bearbeiten. Hierfür wurde eine Reihenfolge der Bearbeitung der ersten Konkretisierungen konsentiert. In der Sitzung des Plenums am 21. März 2013 erfolgte neben der Beschlussfassung über die ASV-RL auch die Beschlussfassung über diese Eckpunkte.

Die AG ASV wurde in der Sitzung des Unterausschusses am 21. Januar 2014 mit der Erarbeitung der Anlage 2 k) der ASV-RL beauftragt.

Zur Erarbeitung von Vorschlägen für die Regelung des Behandlungsumfanges auf Basis der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschloss der Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 13. Februar 2013 die Einsetzung der AG ASV-RL-Appendix.

In der AG ASV bzw. der AG ASV-RL-Appendix wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss ASV am 10. September 2014 beraten (s. untenstehende **Tabelle**) und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 bzw. 5a SGB V beschlossen.

Die Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen wurde nach Vorbereitung durch die AG ASV in der Sitzung des Unterausschusses am 26. November 2014 vorgenommen.

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Januar 2014	Unterausschuss ASV	Beauftragung der AG ASV die Beratungen zu den erkrankungsspezifischen Regelungen für „Marfan-Syndrom“ (aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen) gemäß dem Eckpunktebeschluss vom 21. März 2013 aufzunehmen
25. Februar 2014	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
18. März 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
11. April 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
13. Mai 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
15. Mai 2014	AG ASV-RL-Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
16. Juni 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung des Appendix des Beschlussentwurfs
18. Juni 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
23. Juni 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung des Appendix des Beschlussentwurfs
8. Juli 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
21. Juli 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung des Appendix des Beschlussentwurfs
26. August 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
10. September 2014	Unterausschuss ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
16. September 2014	AG ASV	Prüfung des Beschlussentwurfs und Beratung der Tragenden Gründe
6. November 2014	AG ASV	Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
19. November 2014	AG ASV	Beratung zur Bürokratiekostenermittlung
26. November 2014	Unterausschuss ASV	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen und Beschlussempfehlung an das Plenum
9. Dezember 2014	AG ASV	Beratung der Tragenden Gründe
22. Januar 2015	Plenum	Beschlussfassung

Tabelle: Verfahrensablauf

Stellungnahmeverfahren

In der Sitzung des Unterausschusses ASV am 10. September 2014 wurde die Einleitung des vierwöchigen Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 bzw. 5a SGB V zum Entwurf der Anlage 2 k) mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), der Bundesärztekammer (BÄK), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) beschlossen.

Diese nach § 91 Absatz 5 und 5a SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 29. September 2014 um ihre Stellungnahmen zum Beschlussentwurf gebeten. Die Frist für die Einreichung von Stellungnahmen endete am 27. Oktober 2014.

Die **Anlage 2** beinhaltet die Fassung des Beschlussentwurfs (einschließlich der dazugehörigen Anlagen) und der Tragenden Gründe, die den stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Stellungnahme vorgelegt wurden.

In der **Anlage 3** sind die fristgerecht eingereichten Stellungnahmen der BÄK und der BZÄK sowie die Rückmeldungen der BfDI und der BPtK aufgeführt.

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion in der zuständigen Arbeitsgruppe beraten und im Unterausschuss ASV am 26. November 2014 ausgewertet (**Anlage 4**). Aus den Beratungen der schriftlichen Stellungnahmen resultierten Änderungen des Beschlussentwurfs. Diese können mit ihrer Begründung der Anlage 4 entnommen werden.

Anhörung der Stellungnahmeberechtigten

Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 1 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Gemäß 1. Kapitel § 12 Absatz 3 VerfO dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hatten, wurden zur mündlichen Anhörung eingeladen.

Die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer haben am 10. November 2014 bzw. am 13. November 2014 mitgeteilt, dass sie auf ihr Recht auf Anhörung verzichten.

5 Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2015 die Änderung der ASV-RL: Anlage 2 k) Marfan-Syndrom beschlossen.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die am 22. Januar 2015 beschlossene Richtlinienänderung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

6 Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf mit dem Entwurf der Tragenden Gründe

Anlage 3: Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

- Anlage 4: Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absätze 5 und 5a SGB V zum Beschlussentwurf
- Anlage 5: Auflistung der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang

Berlin, den 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

Laut § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II zum 1. Kapitel VerfO identifiziert der G-BA hierzu die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

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

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

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

Insgesamt belaufen sich die mit diesem Beschluss einhergehenden Bürokratiekosten auf geschätzt 39.840 Euro jährlich. Zudem fallen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 184.789 Euro an.

1. Anzeigeverfahren

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 ASV-RL haben Leistungserbringer die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. Diese Anzeigepflicht beruht auf der entsprechenden Vorgabe des Gesetzgebers in § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V und löst für Krankenhäuser das Zulassungsverfahren nach § 116b SGB V a.F. ab. Für Vertragsärzte handelt es sich um eine neue Informationspflicht. Durch die Ablösung des bestehenden Zulassungsverfahrens entfallen die entsprechenden Bürokratiekosten für die bisher (bezogen auf die Behandlung des Marfan-Syndroms) 20 zur Erbringung ambulanter Behandlungsleistungen nach § 116b

SGB V a.F. zugelassene Krankenhäuser. Da das nun implementierte Anzeigeverfahren im Vergleich zu den Regelungen des bisherigen § 116b SGB V gänzlich neu eingeführt wird und entsprechende Bürokratiekostenabschätzungen hinsichtlich des alten Zulassungsverfahrens nicht vorliegen, erfolgt an dieser Stelle eine vollständige Bürokratiekostenermittlung der in der ASV-RL und der betreffenden Anlage enthaltenen Informationspflichten.

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

Es wird davon ausgegangen, dass für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens je Team ein zeitlicher Aufwand von 70,25 h (4.215 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Einarbeitung in die Informationspflicht	240
Beschaffung von Daten	1.710
Aufbereitung der Daten	120
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	120
Externe Sitzungen	1.920
Kopieren, Archivieren, Verteilen	30
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	60 (240 Min., jedoch bei 25% der Teams)
Insgesamt:	4.215 Minuten

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

Zusätzlich entstehen im Rahmen des Anzeigeverfahrens externe Kosten in Form von Anwaltskosten im Zuge des Abschlusses von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Ärzten eines ASV-Teams. Hierbei ist davon auszugehen, dass je nach den konkreten Gegebenheiten der daraus resultierende anwaltliche Beratungsbedarf stark divergiert. Es sind Fälle denkbar, in denen für den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarungen kein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, sondern eigene Ressourcen vorhanden sind, in anderen Fällen wird ein umfänglicher Beratungsbedarf angezeigt sein. Da an dieser Stelle gewisse Unsicherheiten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Rechtsanwälten besteht, wird im Sinne einer vereinfachten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von 2,5 h je Team entsteht. Wird für die Vergütung des Anwaltes ein Stundensatz von 52,40 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 131 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 18,85 Euro je Team (13 x 1,45 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 3.683,43 Euro.

2. Meldung nach Zulassung

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

Hierbei ist je Team ein zeitlicher Aufwand von 36 Minuten (drei Minuten je Arzt bei zwölf Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 12,36 Euro.

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

Standardaktivität	Minutenwert je Team
Datenübermittlung und Veröffentlichung	12
Kopieren, Archivieren, Verteilen	24
Insgesamt:	36

3. Neubesetzung

Das Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams sowie die ggf. erforderliche Benennung eines neuen Mitglieds sind dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 Sätze 3 u. 4 ASV-RL). Hierbei ist davon auszugehen, dass für das neu benannte Mitglied Teile des Anzeigeverfahrens (vgl. 1.), insbesondere solche, die den Nachweis der Erfüllung personeller Anforderungen betreffen, durchgeführt werden müssen. Der Aufwand ist somit identisch zu den personenbezogenen Aufwendungen des Anzeigeverfahrens. Hierfür wird ein zeitlicher Aufwand von 160 Minuten je Neubesetzung sowie erforderliches hohes Qualifikationsniveau veranschlagt. Dies ergibt geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 134,10 Euro je neu zu besetzendes Mitglied.

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

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

4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankengesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 7,54 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 22,62 Euro (3 x 7,54) jährlich. Bei insgesamt zwölf Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 271,44 Euro.

Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)

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

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

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

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein

zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,03 Euro. Bei geschätzt 4000 Patienten mit Marfan-Syndrom, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 4.120 Euro pro Jahr.¹

Tabelle 5: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Information des einweisenden Vertragsarztes)

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

6. Nachweis der Erfüllung der Mindestmenge in den Folgejahren

Mitglieder des Kernteams haben die Erfüllung der erforderlichen Mindestmenge in den Folgejahren zu belegen (der Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist im ersten Jahr dagegen bereits im Rahmen des Anzeigeverfahrens zu führen). Je Team müssen die vier Kernteamärzte den Nachweis erbringen. Erforderlich ist hierfür hohes Qualifikationsniveau. Angenommen wird, dass für die Erstellung des Nachweises je Kernteamarzt ein zeitlicher Aufwand von 53 Minuten erforderlich ist. Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 6: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Nachweis der Mindestmengenenerfüllung in den Folgejahren)

Standardaktivität	Minutenwert je Kernteamarzt	Minutenwert je Kernteam
Beschaffung von Daten	50	200
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	4
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	8
Insgesamt:	53	212

Die Schätzung des für die Beschaffung der notwendigen Daten erforderlichen Zeitaufwands erfolgte unter Rückgriff auf den hierfür in der Zeitwerttabelle vorgesehenen Wert von drei Minuten (bei einfacher Komplexität). Für den Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist für jedes Kernteam in 50 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert je Kernteam von 212 Minuten resultiert. Diese Abschätzung stellt eine allgemeine Annäherung dar. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Einrichtungen eine aufwandsärmere Umsetzung zum Beispiel mit Hilfe von Software möglich ist.

Für jedes Kernteam entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 177,73 Euro.

¹ Bei einer Prävalenz von 1:10.000 und unter der Annahme, dass rund die Hälfte der Patienten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergibt sich eine Fallzahl von geschätzt 4.000 Patienten.

Zusammenfassung

In der folgenden Tabelle 7 werden ausgehend von den oben genannten Informationspflichten die einem ASV-Team insgesamt entstehenden Bürokratiekosten zusammengefasst.

Tabelle 7: Insgesamt entstehende Bürokratiekosten je ASV-Team

Informationspflicht	Kosten je Team	Frequenz
Anzeigeverfahren	3.683,43 €	einmalig
Meldung nach Zulassung	12,36 €	einmalig
Neubesetzung	134,10 €	je neu zu besetzendes Mitglied
Vertretung	271,44 €	jährlich
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	177,73 €	jährlich
Summe		
Information des einweisenden Vertragsarztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,03 €	je Patient

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

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle potentiell in Frage kommenden Teams ihre Teilnahme an der ASV bereits im ersten Geltungsjahr dieser Richtlinienkonkretisierung anzeigen werden. Aufgrund einer gesetzlichen Übergangsfrist sowie des notwendigen zeitlichen Vorlaufs werden voraussichtlich erst nach Ablauf von zwei bis drei Jahren alle interessierten Teams ihre Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Hinsichtlich der Anzahl der sich bildenden Teams kann bei einer unterstellten jährlichen Patientenzahl von 4.000 Patienten sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 50 Patienten je (Kern-)Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 80 Teams ausgegangen werden ($4.000/50$). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 20 Teams ausgegangen (bisherige Zulassungen nach § 116b SGB V a.F., vgl. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 257). Da die genaue Entwicklung der Teamzahlen schwer zu prognostizieren ist, wird für die nachstehend aufgeführte Abschätzung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Tabelle 8) ein Durchschnittswert aus der genannten Ober- und Untergrenze herangezogen und von voraussichtlich 50 Teams ausgegangen.

Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt zu erwartenden Bürokratiekosten (Annahme: 50 Teams)

Insgesamt resultieren aus den aufgeführten Informationspflichten unter der Annahme von 50 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 39.840 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 184.789 Euro.

Informationspflicht	Bürokratiekosten
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	184.171 €
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	9.208 €
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	618 €
Meldung nach Zulassung in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	31 €
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 50 Teams x 12 Ärzte = 600, davon 5% = 30 Ärzte)	4.023 €
Vertretung (jährlich)	13.572 €
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 4.000 Patienten)	4.120 €
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	8.886 €
Summe einmalige Bürokratiekosten	184.789 €
Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten	39.840 €

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

1 des Gemeinsamen Bundesausschusses 2 über eine Änderung der Richtlinie ambulante 3 spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: 4 Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

5 Vom T. Monat JJJJ

6 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen,
7 die Anlage 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante
8 spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB
9 V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) in der
10 Fassung vom 21. März 2013 (BAz AT 19.07.2013 B 1), zuletzt geändert am TT. Monat JJJJ
11 (BAz AT TT.MM.JJJJ Bx) wie folgt zu ändern:

12 I. Der Anlage 2 wird folgender Buchstabe k angefügt:

13 „k) Marfan-Syndrom

14 1 Konkretisierung der Erkrankung

15 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und
16 Patienten mit Marfan-Syndrom.

17 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie
18 zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- 19 • Q87.4 Marfan-Syndrom und

GKV-SV und KBV	DKG und PatV
<ul style="list-style-type: none"> • verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können, z.B. <ul style="list-style-type: none"> – Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta, – Loeys-Dietz-Syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • dem Marfan-Syndrom verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen wie z.B. <ul style="list-style-type: none"> – Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta, – Loeys-Dietz-Syndrom (Q87.4, Q87.5), – MASS Syndrom (Q87.5), – Mitralklappenprolaps-Syndrom (Q23.8), – Ektopia lentis-Syndrom (Q87.5, Q12.1), – Ehlers-Danlos-Syndrom, vaskulärer Typ (Q79.6), – CCA (congenital contractual arachnodactylie) (Q87.8)

[Legende: **Dissentende Positionen** sind gelb markiert und in Tabellenform dargestellt: Das Votum „streichen“ bedeutet, dass die Position einer anderen Bank abgelehnt wird. Das Votum „prüfen“ bedeutet, dass die Position einer anderen Bank oder eine eigene Positionierung sich noch in Prüfung befindet. Unterstreichungen sollen die Unterschiede der dissidenten Positionen bei ähnlichen Textierungen hervorheben.]

20 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

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

22 **Diagnostik**

- 23 • Allgemeine (z.B. EKG-Untersuchungen) und spezielle (z.B. transösophageale
- 24 und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 25 • Anamnese
- 26 • Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z.B. Spaltlampenuntersuchung,
- 27 Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung,
- 28 Augendruckbestimmung (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- 29 • Bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-
- 30 Untersuchungen, Sonographie)
- 31 • Humangenetische Untersuchungen

32
33
34
35
36

DKG und PatV	GKV-SV und KBV streichen
<ul style="list-style-type: none"> • Kardiopulmonale Polygraphie und Polysomnografie 	

- 37 • Körperliche Untersuchung
- 38 • Laboruntersuchungen
- 39 • Lungenfunktionsmessungen
- 40 • Orthopädische Funktionsdiagnostik

PatV	GKV-SV, DKG und KBV streichen
<ul style="list-style-type: none"> • Spezielle Gefäßdiagnostik (z.B. Pulswellenmessungen, Distensibilitätsmessungen) 	

41

KBV	DKG und PatV	GKV-SV streichen
<ul style="list-style-type: none"> • Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Molekulargenetische Untersuchung der Gene FBN1, FBN2, TGFBR1, TGFBR2, COL3A1 zur differenzialdiagnostischen Abklärung mittels next-generation-sequencing (NGS)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Untersuchung auf Sequenzveränderungen in relevanten Genen (z.B. ACTA2, COL3A1, FBN1, FBN2, MYH11, TGFBR1) mittels next-generation-sequencing (NGS)</u> – <u>Kopienzahl-Analyse relevanter Gene</u> 	
DKG, KBV und PatV		GKV-SV streichen
<ul style="list-style-type: none"> – Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind (z.B. Spaltlampenmikroskopie, Bestimmung des Visus) 		

42 **Behandlung**

- 43 • Anlage von fixierenden Verbänden
- 44 • Ausstellen z.B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 45 • Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

<p>GKV-SV und KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Behandlung</u> von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und <u>akuten unerwünschten</u> Behandlungsfolgen 	<p>DKG und PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Therapie</u> von Therapienebenwirkungen, Komplikationen, <u>Begleiterkrankungen, die sich mit der ASV-Erkrankung in der Versorgung wechselseitig beeinflussen,</u> und Behandlungsfolgen
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 46 • Behandlung in Notfallsituationen
- 47 • Einleitung der Rehabilitation
- 48 • Medikamentöse Therapien

<p>PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthopädische Versorgung 	<p>GKV-SV und KBV streichen</p>	<p>DKG Enthaltung</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------

- 49 • Physikalische Therapie
- 50 • Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 51 • Schmerztherapie

<p>GKV-SV und KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexualberatung und Familienplanung 	<p>DKG und PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexualberatung, Familienplanung und <u>Schwangerschaftsmitbetreuung</u>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

52 **Beratung**

- 53 • zu Diagnostik und Behandlung
- 54 • zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 55 • zu humangenetischen Fragestellungen
- 56 • zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 57 • zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 58 • zu Rehabilitationsangeboten
- 59 • zu sozialen Beratungsangeboten
- 60 • zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

61 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

62 **3.1 Personelle Anforderungen**

63 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom erfolgt durch ein
 64 Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei
 65 medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten
 66 bzw. Disziplinen zusammensetzt.

67
 68 **a) Teamleitung**

- 69 • Herzchirurgie oder
- 70 • Innere Medizin und Kardiologie

71 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch:

- 72 • Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie

73 **b) Kernteam**

- 74 • Herzchirurgie,
- 75 • Innere Medizin und Kardiologie,

76

<p>DKG und KBV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthopädie und Unfallchirurgie. 	<p>GKV-SV und PatV</p> <p><i>Hier streichen, da Verortung unter</i></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

	<i>c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte [s. Zeile 89]</i>
--	---------------------------------------------------------------------

77 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden statt Innere Medizin und Kardiologie:
 78 • Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie

79 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 80 • Augenheilkunde,
 81 • Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 82 • Gefäßchirurgie,
 83 • Humangenetik,
 84 • Innere Medizin und Pneumologie,

85 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin
 86 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-
 87 Pneumologie als Teammitglied benannt werden.

- 88 • Laboratoriumsmedizin,

89

GKV-SV und PatV • Orthopädie und Unfallchirurgie,	DKG und KBV <i>Hier streichen, da Verortung unter b) Kernteam [s. Zeile 76]</i>
-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

- 90 • Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und
 91 Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder
 92 psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut,

93 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin
 94 bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als
 95 Teammitglied benannt werden.

- 96 • Radiologie.

97 Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen
 98 gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.
 99

PatV Die Mitglieder des interdisziplinären Teams bringen Ergebnisse aus dem internen Qualitätsmanagement gemäß § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V, insbesondere aus dem Fehlermanagement, Schnittstellenmanagement, Beschwerdemanagement, und aus Patientenbefragungen in die laufende interdisziplinäre Zusammenarbeit des ASV-Teams ein.	GKV-SV, DKG und KBV streichen
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

100 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

101 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine
 102 Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen
 103 besteht:

- 104 • sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit
 105 sozialen Beratungsangeboten
 106 • Physiotherapie

107 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

PatV Für die Kooperation mit psycho-sozialen Beratungsstellen sowie mit Selbsthilfeorganisationen bedarf es einer	GKV-SV, DKG und KBV streichen
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

schriftlichen Vereinbarung.	
-----------------------------	--

108 **3.3 Dokumentation**

109 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
 110 mit Marfan-Syndrom ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
 111 Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

112

PatV Dokumentation der hinzugezogenen Fachärzte und Dokumentation, ob sich der Verdacht bestätigte oder nicht.	GKV-SV, DKG und KBV streichen
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

113 **3.4 Mindestmengen**

114

<p>GKV-SV prüft Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose <u>in den letzten 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss behandelt haben und</u> in der ASV pro Jahr behandeln.</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten <u>der jeweils vorhergehenden 12 Monate</u> maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden.</p> <p>Ausnahmen von der Mindestmenge sind zulässig, soweit die Mindestmenge bis zu einer Dauer von zwei Jahren um höchstens 50 Prozent unterschritten wird und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt wird.</p>	<p>KBV Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose in der ASV pro Jahr behandeln.</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten <u>in den jeweiligen zurückliegenden 12 Monaten</u> maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden.</p>	<p>DKG Eine Mindestmenge wird mangels rechtssicherer wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.</p>	<p>PatV prüft</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

<p>Diese Ausnahmeregelung gilt bereits zum Zeitpunkt der Anzeige, d.h. für die 12 Monate vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss, soweit zu diesem Zeitpunkt konkrete Anhaltspunkte für die Erfüllung der Mindestmengen im Folgejahr bestehen. Die Mindestmenge muss demnach spätestens im zweiten ASV-Leistungsjahr voll erfüllt werden.</p>	<p>In den 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss muss das Kernteam mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt haben. Die Mindestbehandlungszeiten können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

115 **4 Überweisungserfordernis**

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

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

122 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

123 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

124 **Präambel**

125 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten
126 Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der
127 ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1).
128 Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der mit Wirkung zum
129 1. April 2014 in Kraft getretenen Fassung.

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

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

135 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
136 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
137 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.
138

139 *[Abschnitt 1 - nach Beschlussfassung einzufügen]*

140 *[Abschnitt 2 – nach Beschlussfassung einzufügen]“*

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

143 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des
144 Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

145 Berlin, den T. Monat JJJJ

146 Gemeinsamer Bundesausschuss
147 gemäß § 91 SGB V
148 Der Vorsitzende

149

150 Hecken

Appendix des Beschlusentwurfs "Marfan-Syndrom" (Anlage 2 k) ASV-RL) mit

- Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 2. Quartal 2014 und

- Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

Legende

	Übereinstimmung der Bewertung Bänke (DKG, GKV-SV, KBV)
	keine Übereinstimmung der Bewertung Bänke (DKG, GKV-SV, KBV)

0	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe nicht zum Behandlungsumfang.
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D	Die DKG stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV und die KBV sprechen sich gegen die Aufnahme aus.
K	Die KBV stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV und die DKG sprechen sich gegen die Aufnahme aus.
G	Der GKV-SV stimmt für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die DKG und die KBV sprechen sich gegen die Aufnahme aus.
GK	Der GKV-SV und die KBV stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die DKG spricht sich gegen die Aufnahme aus.
GD	Der GKV-SV und die DKG stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Die KBV spricht sich gegen die Aufnahme aus.
DK	Die DKG und die KBV stimmen für eine Aufnahme der GOP in den Behandlungsumfang. Der GKV-SV spricht sich gegen die Aufnahme aus.

Hinweise:

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

Die Patientenvertretung hat sich bei den Voten zum Abschnitt 1 des Appendix bislang enthalten. Im Abschnitt 2 hat sich die Patientenvertretung lediglich z.T. in der Spalte "Bezeichnung der Leistung" positioniert.

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radio-logie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie						
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radio-logie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01620	Bescheinigung oder Zeugnis	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01621	Krankheitsbericht	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01623	Kurvorschlag	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	01700	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	01701	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01705	Neugeborenen-Hörscreening	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01706	Kontroll-AABR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01708	Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01711	Komplexe zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern - U1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01712	Komplexe zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern - U2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01713	Komplexe zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern - U3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02311	Behandlung Diabetischer Fuß	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02320	Magenverweilsonde	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02331	Intraarterielle Injektion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02340	Punktion I	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02341	Punktion II	D	D	0	1	0	0	D	0	D	1	0	0	0	0	D	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02342	Lumbalpunktion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
II	02	2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02350	Fixierender Verband	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32058	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Bilirubin gesamt	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32059	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Bilirubin direkt	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32060	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Cholesterin gesamt	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32061	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - HDL-Cholesterin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32062	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - LDL-Cholesterin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32063	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Triglyceride	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32064	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnsäure	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32065	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnstoff	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32066	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kreatinin (Jaffé-Methode)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32067	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kreatinin, enzymatisch	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32068	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Alkalische Phosphatase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32069	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GOT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32070	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GPT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32071	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Gamma-GT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32072	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Alpha-Amylase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32073	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Lipase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32074	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Creatinkinase (CK)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32075	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - LDH	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32076	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GLDH	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32077	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - HBDH	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32078	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Cholinesterase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32079	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Saure Phosphatase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32081	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kalium	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32082	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Calcium	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32083	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Natrium	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32084	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Chlorid	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32085	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Eisen	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32086	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Phosphor anorganisch	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32087	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Lithium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32089	Zuschlag Trägergebundene Reagenzien	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32092	Quantitative Bestimmung - CK-MB	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32094	Quantitative Bestimmung - HbA1, HbA1c	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32097	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, - BNP und/oder NT-Pro-BNP	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32101	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, - TSH	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32103	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - IgA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32104	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - IgG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32105	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - IgM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32106	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32090 bis 32093 - Transferrin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32107	Serum-Elektrophorese	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Blutungszeit (standardisiert)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32111	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Rekalzifizierungszeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32112	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - PTT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32113	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Quick-Wert, Plasma	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32114	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Quick-Wert, Kapillarblut	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32115	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Thrombinzeit	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32116	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Fibrinogen	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32117	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120	Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32121	Mechanisierte Leukozytendifferenzierung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32122	Mechanisierter vollständiger Blutstatus	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32123	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32124	Endogene Kreatininclearance	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32125	Präoperative Labordiagnostik	GD	GD	GD	GD	0	0	0	0	0	0	GD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - CRP	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32130	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Streptolysin O-Antikörper	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32131	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Gesamt-IgM beim Neugeborenen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32132	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Schwangerschaftsnachweis	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32133	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Mononucleose-Test	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32134	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Myoglobin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32135	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Urin-Mikroalbumin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32136	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Urin-Alpha-1-Mikroglobulin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32137	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Buprenorphinhydrochlorid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32140	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Amphetamin/Metamphetamin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32141	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32142	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Benzodiazepine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32143	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Cannabinoide (THC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32144	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radio-logie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32437	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 - AI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32438	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 - AI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32439	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 - AI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32440	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 - Co	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radio-logie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32441	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 - Ha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32442	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 - Hä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32443	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 - C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32444	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 - C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radio-logie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32445	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 - Ig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32446	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 - Fr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32447	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 - Fr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32448	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 - Ig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radio-logie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32449	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 - Ig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32450	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 - My	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32451	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 - Ap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32452	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 - Ap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	RadioLOGIE	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32545	Antikörpersuchtest in mehreren Techniken	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32546	Antikörperdifferenzierung in mehreren Techniken	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32550	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Antiglobulintest mit monospezifischem Antihumanglobulin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32551	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32552	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32553	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Nachweis von Hämolysinen mit Komplementzusatz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32554	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32576	HIV-2 Antikörper - Immunoassay	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32585	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Bordetella pertussis-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32586	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Borrelia burgdorferi-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32587	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Brucella-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32588	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Campylobacter-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32589	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Chlamydien-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32590	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Coxiella burnetii-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32591	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Gonokokken-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32592	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Legionellen-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32593	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32585 bis 32641) - Leptospiren-Antikörper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ifd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte												
		Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	DKG und KBV : Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	GKV-SV: Orthopädie und Unfallchirurgie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
11	DKG und KBV: Messung der Akkommodationsbreite	0	0	0	0	DK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

- 1 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bun-**
- 2 **desausschusses über eine Änderung der Richt-**
- 3 **linie ambulante spezialfachärztliche Versorgung**
- 4 **§ 116b SGB V:**
- 5 **Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom**

6 Vom **Beschlussdatum**

7

8

9

10 *[Legende:*

11 *Dissente Positionen sind gelb markiert und in Tabellenform dargestellt.]*

12

13

14		Inhalt	
15	1	Rechtsgrundlage	3
16	2	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
17	2.1	Aufbau.....	4
18	2.2	Zu den Regelungen im Einzelnen.....	4
19	2.2.1	Konkretisierung der Erkrankung.....	4
20	2.2.2	Behandlungsumfang.....	5
21	2.2.3	Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	9
22	2.2.3.1	Personelle Anforderungen.....	9
23	2.2.3.2	Sächliche und organisatorische Anforderungen	11
24	2.2.3.3	Dokumentation	12
25	2.2.3.4	Mindestmengen	12
26	2.2.4	Überweisungserfordernis	15
27	2.2.5	Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des	
28		einheitlichen Bewertungsmaßstabs - EBM).....	15
29	3	Bürokratiekostenermittlung.....	19
30	4	Verfahrensablauf	19
31	5	Fazit	20
32	6	Zusammenfassende Dokumentation.....	20
33			
34			

35 **1 Rechtsgrundlage**

36 Mit der Neufassung des § 116b SGB V durch das insoweit am 1. Januar 2012 in Kraft getre-
37 tene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversi-
38 cherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) hat der Gesetzgeber einen neuen
39 Versorgungsbereich – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – geschaffen.

40 In diesem neuen Versorgungsbereich sollen an der vertragsärztlichen Versorgung teilneh-
41 mende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unter grund-
42 sätzlich gleichen Bedingungen Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen von
43 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkran-
44 kungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen behandeln sowie hochspezialisierte
45 Leistungen erbringen.

46 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in
47 einer Richtlinie das Nähere zur ASV.

48 Zur Umsetzung dieses Regelungsauftrags hat der G-BA am 21. März 2013 die Richtlinie
49 über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambu-
50 lante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) beschlossen, die am 20. Juli
51 2013 in Kraft getreten und zuletzt mit dem am 26. Juli 2014 in Kraft getretenen Beschluss
52 des G-BA vom 20. Februar 2014 geändert worden ist.

53 **2 Eckpunkte der Entscheidung**

54 Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL gibt den formalen Rahmen für den
55 neuen Versorgungsbereich vor und regelt die Anforderungen an die Diagnostik und Behand-
56 lung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV, die grundsätzlich für alle in den
57 Anlagen zu konkretisierenden schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen
58 Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend
59 geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten.

60 Im nächsten Schritt werden die jeweiligen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen
61 nun über die entsprechenden ICD-Kodes konkret benannt und der krankheitsspezifische
62 Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssiche-
63 rung bestimmt.

64 Ausgangspunkt der Überarbeitung sind dabei die bestehenden Konkretisierungen in der
65 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Kran-
66 kenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL).

67 Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den jeweili-
68 gen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen
69 auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL. Hinsichtlich der aus der ABK-RL
70 überführten Regelungsinhalte wird auf die Beschlussfassung des G-BA über die erkran-
71 kungsspezifischen Regelungen zum Marfan-Syndrom in der ABK-RL vom 15. August 2006
72 und die hierzu veröffentlichten [Tragenden Gründe](#) verwiesen.

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

78 2.1 Aufbau

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

82 Die Anlage 2 k) Marfan-Syndrom der ASV-RL ist wie folgt gegliedert:

83 1. *Konkretisierung der Erkrankung*

84 2. *Behandlungsumfang*

- 85 • *Diagnostik*
- 86 • *Behandlung*
- 87 • *Beratung*

88 3. *Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität*

89 3.1 *Personelle Anforderungen*

90 a) *Teamleitung*

91 b) *Kernteam*

92 c) *Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte*

93 3.2 *Sächliche und organisatorische Anforderungen*

94 3.3 *Dokumentation*

95 3.4 *Mindestmengen*

96 4. *Überweisungserfordernis*

97 5. *Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)*

- 98 • *Präambel*
- 99 • *Abschnitt 1*
- 100 • *Abschnitt 2*

101 2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen

102 2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung

103

GKV-SV und KBV:

Die erkrankungsspezifischen Regelungen zum Marfan-Syndrom in der ABK-RL umfassten die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom und verwandten durch genetische Mutation bedingten Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können.

Entsprechend den Vereinbarungen im Eckpunktepapier zur ASV-Richtlinie wurden die erkrankungsspezifischen Regelungen zum Marfan-Syndrom in der ASV-RL aus den Regelungen in der ABK-RL übernommen.

Weitere Erkrankungen zur differentialdiagnostischen Abklärung fallen **[GKV-SV zusätzlich:** daher] nicht unter den Behandlungsumfang der Anlage 2 k) der ASV-RL.

DKG und PatV:

Der G-BA hat die Konkretisierung der Erkrankung dahingehend modifiziert, diese nicht mehr nur auf „dem Marfan-Syndrom verwandte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können“ einzugrenzen, sondern zusätzlich auch einzelne weitere seltene verwandte Störungen (z.B. CCA) ohne entsprechende Gefäßveränderungen zu berücksichtigen. Der G-BA geht davon aus, dass auch Patientinnen und Patienten mit diesen Krankheitsbildern von einer Versorgung durch ein ASV-Team profitieren. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM), die das Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgibt, ist die amtliche Klassifikation für Diagnosen in der ambulanten

<p>Insbesondere vor dem Hintergrund, dass für diese seltenen Erkrankungen keine eindeutigen ICD-10-Kodierungen vorliegen, könnte es bei Diagnosen wie dem Mitralklappenprolapsyndrom zur nicht sachgerechten Leistungsausweitung in der ASV kommen.</p>	<p>und stationären Versorgung in Deutschland. Nicht zuletzt aufgrund der Seltenheit können jedoch noch nicht alle der genannten Erkrankungen einem spezifischen Einzelcode der ICD-10-GM zugeordnet werden. So sind z.B. das Ehlers-Danlos-Syndrom in der Unterform „vaskulärer Typ“ sowie die Ektopia lentis dort nicht in dieser spezifischen Form aufgeführt. Um eine weitgehend einheitliche Verwendung von ICD-10-Kodes im Kontext der ASV zu erreichen, wurden diesen Erkrankungen in Klammerzusätzen ICD-10-Kodes angefügt, auf die beispielsweise orpha.net, das multinationale Referenz-Portal für Informationen über seltene Krankheiten, verweist und die im Kontext der ASV hilfsweise genutzt werden können.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

104 2.2.2 Behandlungsumfang

105 Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V ist der Behandlungsumfang für die drei Ebenen des
106 Behandlungsteams zu bestimmen.

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

110 Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine Aufzäh-
111 lung der möglichen Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die eine Patientin
112 bzw. ein Patient in der ASV erwarten kann.

113 Diagnostik

114

DKG und PatV:

Kardiorespiratorische Polygrafie und Polysomnografie

Bekanntermaßen ist das Schlafapnoe Syndrom mit einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität verbunden. Patienten mit Marfan-Syndrom sind häufiger davon betroffen und in Bezug auf die Marfantypischen kardiovaskulären Manifestationen in besonderem Maße ungünstig beeinflusst. Neben den allgemein bekannten eher unspezifischen negativen Auswirkungen auf den Blutdruck gibt es speziell auch in Bezug auf das Marfan-Syndrom Hinweise auf nachteilige Auswirkungen auf ein vorhandenes Aorten Aneurysma (Erhöhung des Durchmessers) Vor diesem Hintergrund spielt die Erkennung und Behandlung eines Schlafapnoe-Syndroms bei diesen Patienten eine wichtige Rolle, der durch die Möglichkeit der Polygraphie und Polysomnographie Rechnung getragen wird.

GKV-SV und KBV: streichen

115

PatV:

Spezielle Gefäßdiagnostik (z.B. Pulswellenmessungen, Distensibilitätsmessungen)

Mangelhafte Elastizität der Gefäße ist ein maßgebliches Kriterium für die Gefahr von kardiovaskulären Ereignissen bei Marfan-Patienten wie z. B. Aortendissektionen oder -rupturen. Anhand von Messungen der Geschwindigkeit von Pulswellen lässt sich - insbesondere auch bei wiederholten Messungen im Verlauf der Erkrankung - eine besse-

GKV-SV, DKG und KBV: streichen

re Einschätzung des individuellen Risikos bzw. eine Therapiekontrolle vornehmen. Das kann u. U. für die Entscheidung über den Zeitpunkt einer geplanten OP eine lebenswichtige Rolle spielen.	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

116

117 Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden
118 die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) im Abschnitt 1 des Appendix ab-
119 schließend aufgeführt.

120 Der mögliche Leistungsumfang der ASV ist jedoch nicht auf den des EBM beschränkt. Viel-
121 mehr können Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfan-
122 ges der ASV sein, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die
123 Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Mit der Benennung
124 von „Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM“ sind, folgt der G-BA an dieser Stelle
125 diesen Gestaltungsmöglichkeiten. Diese Leistungen außerhalb des EBM werden ergänzend
126 im Abschnitt 2 des Appendix benannt.

127

GKV-SV:

Eine Aufnahme des Next Generation Sequencing (NGS) in den Abschnitt 2 erfolgt nicht, da es sich bei NGS lediglich um eine nicht hinreichend definierte Sammelbezeichnung neuer molekulargenetischer Sequenzierungsverfahren handelt. Diesen Verfahren ist gemein, dass hiermit eine schnelle Ganzgenomanalyse möglich ist. Verschiedene unter der Bezeichnung NGS subsummierte genetische Analysetechniken kommen bereits heute im Rahmen der Erbringung gezielter humangenetischer Leistungen des Abschnitt 11.4.2 EBM zur Anwendung.

Die molekulargenetische Abklärung des Marfan-Syndroms kann – und dies entspricht dem derzeitigen Standard in der vertragsärztlichen Versorgung - mittels der in Abschnitt 1 bereits definierten technischen Leistungen Hybridisierung, PCR und Sequenzierung (GOP 11320, 11321 und 11322 EBM) durchgeführt werden, so dass der Einsatz weiterführender Methoden im Zusammenhang mit der Diagnostik des Marfan-Syndroms weder erforderlich noch zielführend ist.

Einer raschen Anwendung des NGS für eine Ganzgenomanalyse stehen grundsätzliche Überlegungen entgegen. So hat die Euro-

DKG und PatV:

Untersuchung auf Sequenzveränderungen relevanter Gene mittels NGS

Gerade im Sinne der schnellen Diagnosefindung und zielgerichteten Therapie hat sich die humangenetische Diagnostik von Patienten mit Marfan Syndrom mittels next-generation-sequencing (NGS) als wichtiger Fortschritt etabliert.

Bei vergleichbarer oder sogar besserer Sensitivität und Spezifität können durch NGS im Vergleich zu bisherigen Techniken (z. B. Dideoxy-Methode nach Sanger) erhebliche Einsparung von Zeit und Aufwand erzielt werden.

Da Mutationen in jedem der folgenden Gene für das Marfan-Syndrom bzw. Syndrome mit überlappender Klinik beschrieben wurden, muss bei Patienten zur Diagnostik von Marfan und marfanähnlichen Syndromen regelmäßig die Möglichkeit einer Sequenzanalyse mindestens der folgenden Gene bestehen:

ACTA2, CBS, COL1A2, COL3A1, EFEMP2, FBLN4, FBN1, FBN2, FLNA, MYH11, MYLK, NOTCH1, PRKG1, SLC2A10, SKI, SMAD3, TGFB2, TGFBR1, TGFBR2

Unter Umständen kann auch

KBV:

Für die genetische Diagnostik des Marfan-Syndroms kann die Untersuchung der Gene FBN1, FBN2, TGFBR1, TGFBR2 und/oder COL3A1 mittels Sequenzierung notwendig sein. Diese Untersuchungen sind im EBM ausschließlich in Sanger-Technik möglich. Diese molekulargenetische Untersuchung soll auch mittels next-generation-sequencing (NGS) durchgeführt werden können.

<p>pean Society of Human Genetics 2013 in ihren Empfehlungen einen gezielt eingegrenzten Einsatz angeraten, um eine ungewollte Diagnostik von Zufallsbefunden und Ergebnissen unklarer Signifikanz zu vermeiden. Auch in Deutschland ist die Diskussion der ethischen und datenschutzrechtlichen Fragen bei weitem nicht geklärt.</p> <p>Es ist darauf hinzuweisen, dass zurzeit ein Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung des humangenetischen Abschnitts des EBM beraten und vorbereitet wird. Um parallele Aktivitäten in diesem Gebiet mit hohem inhaltlichen Festlegungsaufwand zu vermeiden, sollte, den Ergebnissen dieser Beratungen im für die Gestaltung des EBM zuständigen Bewertungsausschusses nicht vorgegriffen werden. Nach erfolgter Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss kann ggf. eine Anpassung des Abschnitt 1 im Hinblick auf die humangenetischen Leistungen erfolgen.</p>	<p>eine Sequenzanalyse der Gene: <i>COL1A1, COL2A1, ELN, LTBP2, PLOD1, ADAMTS10</i></p> <p>und ggf. einzelner zusätzlicher Gene erforderlich sein.</p> <p>Diese nicht abschließende Formulierung entspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft, geschieht jedoch vor dem Hintergrund, dass in diesem Feld auf Grund des wissenschaftlichen Fortschrittes damit zu rechnen ist, dass in absehbarer Zeit weitere Gene hinzukommen werden.</p> <p><i>Kopienzahl-Analyse relevanter Gene</i></p> <p>Spezielle Mutationen wie Deletionen oder Duplikationen können mit NGS nicht erfasst werden. In seltenen Fällen ist daher die Möglichkeit der Kopienzahl-Analyse erforderlich, wenn bei der Sequenzanalyse mittels NGS keine Mutation diagnostiziert werden konnte, jedoch der klinische Verdacht auf ein Marfan-Syndrom fortbesteht. Es sollten dabei die Gene aus den oben genannten Listen untersucht werden, für die standardisierte Untersuchungsverfahren zur quantitativen Analyse etabliert sind.</p>	
<p>KBV und DKG: Basisleistungen der augenärztlichen Untersuchungen z.B. Spaltlampenuntersuchungen sind bei der Behandlung von Marfan-Patienten essentiell. Diese sind im EBM Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale. Die Augenärzte sind als hinzuzuziehende Fachgruppe auf Indikations- und Definitionsauftrag tätig. Die Grundpauschalen werden daher nicht im Abschnitt 1 des Appendix abgebildet.</p>		<p>GKV-SV streichen</p>
<p>KBV: Die zum Behandlungsumfang zählenden augenärztlichen Einzelleistungen sind im Abschnitt 2 des Appendix aufgeführt.</p>		<p>GKV-SV streichen</p>

128 **Behandlung**

129

GKV-SV und KBV:

Die Behandlung in der ASV umfasst auch die Behandlung von Therapieebenenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, sofern die Indikation gemäß Krankheitskonkretisierung fortbesteht, nicht jedoch die Behandlung von Begleiterkrankungen und von Behandlungsspätfolgen.

Die Regelungen des § 5 Abs. 1 Satz 3 der ASV-RL vermeiden unnötige Brüche im Behandlungsablauf, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL erfüllt sind.

DKG und PatV:

Mit der Nennung von „Therapie von Therapieebenenwirkungen, Komplikationen, Begleiterkrankungen und Behandlungsfolgen“ trägt der G-BA hier klarstellend dem Umstand Rechnung, dass es sich im Fall des Marfan-Syndroms um eine komplexe, schwer therapierbare Krankheit handelt und die genannten Aspekte für den Behandlungserfolg von großer Bedeutung sind. Gerade auch der Behandlung von Begleiterkrankungen kommt dabei eine besondere Rolle zu. Gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 der Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen 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. Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigte Krankenhäuser fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL erfüllt sind. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Zielrichtung des neuen Versorgungsbereichs der ASV sei es erforderlich, bei Erkrankungen, die eines abgestimmten Versorgungskonzepts bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden.

RKF:

Die Mitbehandlung von Begleiterkrankungen zählt regelhaft nicht zum Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Gemäß § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL können zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigte Krankenhäuser jedoch auch über den im Appendix zu dieser Anlage abschließend festgelegten Leistungsumfang 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.

131

<p>PatV: Aufgrund der Skelettbeteiligung bei Patienten mit Marfan-Syndrom ist die orthopädische Versorgung für viele Betroffene sehr wichtig. Diese ist besonders bei betroffenen Kindern sehr aufwändig, weil sich aufgrund ihres beschleunigten Wachstums schnelle Veränderungen und extreme Situationen zeigen können. Das gilt insbesondere für die Behandlung von Skoliosen und Senk-Spreiz-Plattfüßen, beides ist beim Marfan-Syndrom häufig.</p>	<p>GKV-SV und KBV: streichen</p>	<p>DKG: Enthaltung</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------

132 Die Beratung zu Fragen der Sexualität oder Familienplanung kann im Rahmen der Behand-
133 lung u.U. wegen therapiebedingter unerwünschter Nebenwirkungen notwendig sein.

134

<p>DKG und PatV: Werdende Mütter mit Marfan-Syndrom bedürfen neben einer engmaschigen echokardiographischen Kontrolle einer sehr viel intensiveren Betreuung der Schwangerschaft als bei einer gesunden Mutter notwendig ist. Dies betrifft insbesondere eine Reihe von Kontrolluntersuchungen. Auch die Geburtsplanung muss frühzeitig und unter Abwägung aller Risiken erfolgen. Hierzu ist es wichtig, dass ergänzend zu der regulären Schwangerschaftsbetreuung eine Mit-Betreuung durch Gynäkologen möglich ist, die Teil des Behandlungsteams der ASV sind, weil sie über Expertise in Bezug auf die Auswirkungen des Marfan-Syndroms sowohl auf die Schwangere als auch auf das ungeborene Kind verfügen.</p>	<p>GKV-SV und KBV: Die Betreuung einer Schwangerschaft ist hingegen im Rahmen der ASV nicht vorgesehen, sondern sollte bei der entsprechend spezialisierten Fachärztin bzw. bei dem entsprechend spezialisierten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Regelversorgung erfolgen.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

135 Die vollständige und abschließende Aufzählung der Leistungen sowie die Zuordnung zu den
136 an der ASV beteiligten Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzo-
137 gen.

138 § 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL ermöglicht § 116b-SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser
139 über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leis-
140 tungen zu erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b-SGB V-
141 Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und Patientinnen
142 bzw. Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zu-
143 zumuten ist. Der in der ABK-RL enthaltene Verweis auf Sonderkonstellationen (besondere
144 Fragestellungen) kann daher entfallen.

145 2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

146 2.2.3.1 Personelle Anforderungen

147 Die Regelungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL wurden entsprechend der
148 ABK-RL grundsätzlich übernommen und redaktionell der neuen Teamgestaltung angepasst.

149 Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden in Ziffer „3 Anforderungen an
150 Struktur- und Prozessqualität“ unter „3.1 Personelle Anforderungen“ Änderungen wie nach-
151 folgend dargestellt vorgenommen:

152 Neben Erwachsenen können im Rahmen der ASV auch Kinder und Jugendliche behandelt
 153 werden. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen, ist eine Fachärztin oder ein
 154 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie als Bestandteil
 155 des Kernteams sowie in der Funktion als Teamleitung vorgesehen. Bei den Anforderungen
 156 hinsichtlich der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte wurde für den Fall, dass
 157 auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen, zudem die Möglichkeit eröffnet, zu-
 158 sätzlich Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbil-
 159 dung Kinder-Pneumologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsy-
 160 chiatrie und –psychotherapie als Teammitglieder zu benennen. Dies folgt dem Umstand,
 161 dass in den Fachdisziplinen Pneumologie sowie Psychiatrie/Psychotherapie auch Facharzt-
 162 qualifikationen mit spezifischem Fokus auf die Kinder- und Jugendmedizin vorhanden sind,
 163 denen der G-BA auf diesem Wege die Einbeziehung ermöglicht. Vor dem Hintergrund, dass
 164 beim G-BA jedoch berechtigte Zweifel an einer angemessenen Verfügbarkeit an Ärztinnen
 165 und Ärzten mit dieser zum Teil noch relativ jungen Weiterbildung bestehen, hat dieser hier
 166 ausdrücklich nur eine „Kann“-Regelung“ vorgesehen.

GKV-SV:	DKG und KBV:	PatV:
Die Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie werden bei der Behandlung von Marfan-Patientinnen und -Patienten nicht regelhaft benötigt, jedoch durch die Einbindung bei den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte entsprechend der Behandlungsnotwendigkeiten ausreichend berücksichtigt.	Für die Fachdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgte die Verortung im Kernteam, da die orthopädische Mitbehandlung beim Marfan-Syndrom häufig medizinisch relevant ist.	Da es bei der Betreuung durch Orthopäden/Unfallchirurgen im Gegensatz zur kardiologischen Betreuung nicht um die Vermeidung potentiell lebensbedrohlicher Situationen geht, ist eine Verortung im Kernteam nicht erforderlich. Die Orthopäden sind im Kreis der hinzuzuziehenden Fachärzte angemessen aufgehoben. Einige der bestehenden, gut etablierten Marfan-Sprechstunden befinden sich in reinen Herzzentren, die organisatorisch die ständige Verfügbarkeit von Orthopäden nicht ohne Weiteres gewährleisten können. Die Praxis hat auch gezeigt, dass viele Patienten für eine optimale kardiologische Betreuung zwar weite Wege auf sich nehmen, sich jedoch bei ihren örtlichen Orthopäden durchaus gut versorgt fühlen.

167 Für die Fachdisziplin Radiologie wurde zudem eine Verortung in der dritten Ebene des Be-
 168 handlungsteams (hinzuzuziehende Fachärztinnen bzw. Fachärzte) vorgesehen. Dies stellt
 169 nicht in Frage, dass es sich bei dieser Fachdisziplin auch um eine wichtige Säule in der Di-
 170 agnostik und der Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten mit Marfan-Syndrom im Rah-
 171 men der ASV handelt. Der Umfang des direkten Patientenkontaktes dieser Fachdisziplin
 172 findet jedoch selten in dem Maße statt, wie sie der G-BA bei der Beschreibung der Ebene
 173 des Kernteams vorsieht. Dieser Umstand trifft in gleichem Maße für die Fachärztin bzw. den
 174 Facharzt für Laboratoriumsmedizin zu.

175 Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen ge-
 176 mäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten diese entsprechend.

177 Die Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte haben die auf der Grundlage der Qualitätssiche-
 178 rungsvereinbarungen erteilten Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der
 179 Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss vorzulegen. Fachärztinnen bzw. Fachärzte in
 180 Krankenhäusern haben die Erfüllung der persönlichen und fachlichen Anforderungen der
 181 Qualitätssicherungsvereinbarungen durch entsprechende Nachweise gegenüber dem Erwei-
 182 terten Landesausschuss zu belegen.

183

<p>DKG: Ein Nachweis kann zum Beispiel durch Darlegung erfolgen, dass die geforderte Qualifikation im Rahmen der Weiterbildung oder einer Zusatz-Weiterbildung erworben wurde.</p>	<p>GKV-SV und KBV streichen</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

184

<p>DKG: Mindestmengen können unter Beachtung datenschutzrechtlicher Aspekte beispielsweise durch pauschale Selbsterklärung bestätigt werden.</p>	<p>GKV-SV und KBV streichen</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

185 Der G-BA kann darüber hinaus ASV-spezifische einrichtungsinterne und einrichtungsüber-
 186 greifende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V
 187 treffen. Wird vom G-BA im Indikationsgebiet dieser Konkretisierung die Notwendigkeit hierfür
 188 festgestellt, erfolgt eine entsprechende Festlegung. Die Prüfung der Notwendigkeit erfolgt im
 189 Rahmen der regulären Beobachtungs- und Evaluationspflichten des G-BA.

190

<p>PatV: Die gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung eines internen Qualitätsmanagements (QM) gemäß § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V umfasst auch die Leistungserbringung innerhalb der ASV. Nach § 12 Satz 3 ASV-RL gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach §135a in Verbindung mit §137 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.</p> <p>Aus Ergebnissen dieses von den Kliniken und den vertragsärztlichen Praxen jeweils eigenverantwortlich durchgeführten QM, insbesondere aus Fehlermanagement, Schnittstellenmanagement, Beschwerdemanagement und aus Patientenbefragungen, können sich wichtige Hinweise für die Sicherung und Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und die Leistungserbringung in der ASV ergeben. Dies erfordert von der Leitung der Einrichtung bei der Planung des internen QM eine aktive Berücksichtigung des Umstands, dass sich die Einrichtung in einem Team an der ASV beteiligt. Eine Überprüfung der Integration im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgt nach den Regeln der maßgeblichen QM-Richtlinie des G-BA.</p>	<p>GKV-SV, DKG und KBV streichen</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

191 2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

192 Die Regelungen wurden entsprechend der ABK-RL grundsätzlich in den Beschluss über-
 193 nommen. Es haben sich folgende Änderungen ergeben:

194 Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet wer-
 195 den, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist.

196 Die Anforderung, dass u.a. eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozial-
 197 dienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im
 198 Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu sozia-
 199 len Beratungsangeboten“.

200 Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie ent-
 201 sprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf
 202 indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdiszipli-
 203 nen, die einen therapierlevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende
 204 Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

205

PatV: Für die Kooperation mit psycho-sozialen Beratungsstellen sowie mit Selbsthilfeorganisationen bedarf es einer schriftlichen Vereinbarung um eine verlässliche Zusammenarbeit zu gewährleisten.	GKV-SV, DKG und KBV: streichen
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

206 Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sind entsprechend des gesetzlichen Auf-
 207 trags besonders hohe Anforderungen an die Qualität der Behandlung zu stellen.

208 2.2.3.3 Dokumentation

209 Gemäß ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die
 210 Überweisung in die ASV.

211 Die Dokumentation beinhaltet dementsprechend die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das
 212 Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprü-
 213 fen zu können.

214

GKV-SV und KBV: Die Angabe des ICD-Kodes ist obligat. Sollte für die Diagnose kein spezifischer ICD-Kode existieren, ist ein unspezifischerer ICD-10-GM-Kode zu verwenden	DKG und PatV: Sollte für die Diagnose kein spezifischer ICD-Kode existieren, ist ein unspezifischerer ICD-10-GM-Kode zu verwenden (s.a. 2.2.1).
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

215

PatV: Hinsichtlich der Verpflichtung zur Dokumentation findet § 14 ASV-RL Anwendung. Der Zweck der Dokumentation umfasst neben Belangen der Abrechnung auch die der Qualität der Behandlung. Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1 ASV-RL. Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. Dies bedeutet, dass die Erfüllung der in der Konkretisierung beschriebenen Anforderungen und Voraussetzungen zu dokumentieren ist. Derzeit ist nicht klar, welche zu dokumentierenden Angaben nach § 116b Abs. 6 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 295 Abs. 1b Satz 1 SGB V an die Krankenkasse übermittelt werden und welche zu dokumentierenden Aspekte nach § 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V durch den MdK oder eine Arbeitsgemeinschaft geprüft werden.	GKV-SV, DKG und KBV: streichen
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

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

219 2.2.3.4 Mindestmengen

220 Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln.

- 221 Die ASV setzt eine besondere Erfahrung und Routine der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte voraus, die mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert wird, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können.
- 222
- 223
- 224
- 225 Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom mitbringen müssen.
- 226
- 227
- 228

GKV-SV:	KBV prüft:	DKG:	PatV prüft
<p>Nach § 11 ASV-RL ist das Nähere zu Mindestmengen in den Anlagen zu regeln. Die gesetzlichen Vorgaben für die ASV gehen über die Routineversorgung hinaus.</p> <p>Die ASV setzt eine besondere Erfahrung und Routine der behandelnden Ärzte voraus. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen in § 6 ABK-RL mit Beschluss vom 21.02.2008 (Inkrafttreten 30.04.2008) fest. Die dort definierte Mindestmenge von 50 je Einrichtung wurde in der ABK-RL auf Anregung von Experten festgelegt. Diese Festlegung wurde aus der ABK-RL in die ASV-RL übernommen. Aufgrund der Teilnahmemöglichkeit von Leistungserbringern aus dem vertragsärztlichen Bereich wird die Mindestmenge nun auf das Kernteam bezogen.</p> <p>Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose in den letzten 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist bei der Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss die Summe aller Patientinnen</p>	<p>Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose in der ASV pro Jahr behandeln.</p> <p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweiligen zurückliegenden 12 Monaten maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden.</p> <p>In den 12 Monaten vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss muss das Kernteam mindestens 50% der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt haben. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50% unterschritten werden.</p> <p>Die Anpassung erfolgte,</p>	<p>Von der Festlegung einer Mindestmenge wird abgesehen, da nicht hinreichend feststeht, dass hierdurch eine deutliche Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse erreicht werden kann. Die Anwendung einer Mindestmengenregelung ist bereits im Ansatz auf solche Bereiche der Versorgung beschränkt, bei denen sie einen für die Versorgung substantiellen eigenständigen Beitrag zur Verwirklichung des in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V umschriebenen Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen – nicht erreichbar erscheinen (Bundessozialgericht, Ur. v. 12.09.2012, B 3 KR 10/12 R).</p> <p>Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patienten</p>	

<p>und Patienten der jeweils vorhergehenden 12 Monate maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden. Für die Berechnung der Mindestmenge eines in der ASV tätigen Teams gelten jeweils die in den vorhergehenden 12 Monaten in der ASV behandelten Patientinnen und Patienten. Sobald ein Team die Mindestmenge unterschreitet, ist es nach § 116b Abs. 2 Satz 7 SGB V verpflichtet, dies unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden.</p> <p>Ausnahmen von der Mindestmenge sind in der Anfangsphase der ASV-Leistungserbringung eines ASV-Teams zulässig, soweit die Mindestmenge bis zu einer Dauer von zwei Jahren um höchstens 50 Prozent unterschritten wird und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt wird.</p> <p>Diese Ausnahmeregelung gilt bereits zum Zeitpunkt der Anzeige, d.h. für die 12 Monate vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss, soweit zu diesem Zeitpunkt konkrete Anhaltspunkte für die Erfüllung der Mindestmengen im Folgejahr bestehen. Die Mindest-</p>	<p>um das Verfahren vor der Anzeige und im ersten Jahr der ASV-Berechtigung klarzustellen.</p>	<p>mit Marfan-Syndrom durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne (vgl. BSG, Urt. v. 18.12.2012, B 1 KR 34/12 R), so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.</p> <p>Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patienten mit Marfan-Syndrom entwickelt wird.</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

menge muss demnach spätes- tens im zweiten ASV- Leistungsjahr voll erfüllt wer- den.			
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

229 2.2.4 Überweisungserfordernis

230 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den be-
231 handelnden Vertragsarzt.

232 Analog zur gesetzlichen Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Patientinnen und Patien-
233 ten aus dem stationären Bereich besteht gemäß § 8 Satz 3 ASV-RL auch für Patientinnen
234 und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen Vertragsärztinnen bzw. Vertrags-
235 ärzte kein Überweisungserfordernis.

236 Diese Ausnahmeregelungen gelten jedoch nur, wenn die Patientinnen bzw. Patienten im
237 eigenen ASV-Team behandelt werden.

238 Gemäß ASV-RL begründet für seltene Erkrankungen auch eine Verdachtsdiagnose die
239 Überweisung in die ASV.

240 Da es sich um eine lebenslange Erkrankung handelt, wurde auf eine Befristung der Überwei-
241 sung verzichtet.

242 2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des einheitli- 243 chen Bewertungsmaßstabs - EBM)

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

247 Dadurch wird der G-BA der ihm vom Gesetzgeber zugeschriebenen Kompetenz gerecht, den
248 Behandlungsumfang zu definieren und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der
249 Ergänzter Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V insbesondere seinen Aufgaben
250 nach § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V nachkommen kann.

251 Der Appendix ist in zwei Bereiche unterteilt. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewer-
252 tungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositio-
253 nen (GOP) abschließend in Abschnitt 1 benannt. Ergänzend werden in Abschnitt 2 die Leis-
254 tungen aufgeführt, die zum Behandlungsumfang der ASV zählen und bislang keine Abbil-
255 dung im EBM gefunden haben bzw. Bestandteil von Pauschalen sind.

256 Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis
257 der krankheitsspezifischen Konkretisierung der G-BA-Richtlinie. Dabei wurden die EBM-
258 Gebührenordnungspositionen grundsätzlich unter Berücksichtigung der entsprechenden Ab-
259 rechnungsbestimmungen des EBM sowie unter besonderer Berücksichtigung der für eine
260 Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zugewiesen. Abwei-
261 chungen ergaben sich aus dem ASV-spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So wurden u.a. der
262 3. Ebene, die lediglich auf Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden kann, keine Leis-
263 tungen zugeordnet, die nicht zum Kern des Fachgebietes gehören.

264 Welche Fassung des EBM bei der Erstellung des Ziffernkranzes heran gezogen wurde, ist
265 jeweils in der Präambel zum Appendix benannt.

266 Grundlage für den Ziffernkranz ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der mit Wirkung
267 zum 1. April 2014 in Kraft getretenen Fassung.

268 Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behand-
 269 lungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den Ergänzten Bewer-
 270 tungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den
 271 G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9
 272 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfä-
 273 higen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

274 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix.
 275 Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss im Rahmen seiner Auf-
 276 gaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen des
 277 EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA
 278 erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung unterjährig Anpassungsbe-
 279 darf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den Regelungsbereich des er-
 280 ergänzten Bewertungsausschusses bis zur abschließenden Änderung des Appendix durch den
 281 G-BA ggf. entsprechende Übergangsvorschriften festzulegen.

282 **Abschnitt 1:**

283 **Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:**

284 Erstellt wurde eine möglichst vollständige Liste mit allen Gebührenordnungspositionen
 285 (GOP), die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Konkretisierung in Frage kommen
 286 können. Durch den Einschluss der relevanten GOP soll – insbesondere im Zusammenhang
 287 mit einer spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder –
 288 eine umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte
 289 Wechsel zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

290 Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese
 291 von den vertragsärztlichen Teilnehmern an der ASV im Rahmen der vertragsärztlichen Ver-
 292 sorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung des § 5 Absatz 1
 293 Satz 3 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

294 **Die Definition der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Appendix erfolgte analog** 295 **dem Aufbau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):**

296 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

297 Allgemeine und arztgruppenübergreifende Leistungen, die innerhalb des Behandlungsum-
 298 fangs für diesen Erkrankungsbereich in der Konkretisierung vorgesehen sind, die z. B. Koor-
 299 dination der Behandlung, Verfassen von Gutachten oder Erstellen von Kurplänen betreffen,
 300 sind innerhalb des EBM innerhalb des Bereichs II abgebildet. Die entsprechenden GOP wur-
 301 den dem Kernteam zugeordnet, da dieses gemäß § 3 ASV-RL die Aufgabe hat, die ambulan-
 302 te spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisato-
 303 risch zu steuern.

304 Ausgewählte GOPs aus diesem Abschnitt wurden auch hinzuzuziehenden Fachärzten arzt-
 305 gruppenspezifisch zugeordnet.

306 **Bereich III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

307 Arztgruppenspezifische Leistungen des Bereichs III des EBM wurden entsprechend den
 308 Vorgaben des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in der Konkretisierung
 309 identifiziert und den entsprechenden Facharztgruppen der drei Ebenen des ASV-Teams zu-
 310 geordnet.

311 Die Versicherten- und Grundpauschalen wurden den Mitgliedern des Kernteams arztgrup-
 312 penspezifisch zugeordnet.

313 Die Versicherten- und Grundpauschalen des EBM enthalten die allgemeinen und fachspezi-
 314 fischen Leistungsbestandteile des jeweiligen Fachgebiets zur haus- und fachärztlichen Ver-
 315 sorgung für einen durchschnittlichen Behandlungsfall im Kollektivvertrag. Im Rahmen der
 316 ASV erfolgte die Zuordnung der Versicherten- und Grundpauschalen, um behandlungsrele-
 317 vante allgemeine Leistungen, wie z.B. Anamnese, EKG, Blutabnahme abzubilden, die im

318 Zusammenhang mit den spezifischen Leistungen erforderlich, jedoch im EBM nicht als Ein-
 319 zelleistungen aufgeführt sind.

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

322

<p>DKG: <u>Kapitel 30 Spezielle Versorgungsbereiche</u> <u>Abschnitt 30.7 Schmerztherapie</u> Leistungen für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patientinnen bzw. Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Absatz 2 SGB V wurden zur Behandlung von Schmerzen für die Mitglieder des Kernteams die über eine entsprechende Qualifikation (Zusatzweiterbildung spezielle Schmerztherapie) und – sofern es sich um Vertragsärztinnen und Vertragsärzte handelt -über eine Zulassung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung verfügen, aufgenommen. Andere schmerztherapeutische Behandlungen, die nicht o.g. Qualifikation verlangen, wurden zusätzlich auch für Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie aufgenommen.</p>	<p>GKV-SV und KBV: streichen</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

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

327

<p>GKV-SV: Die Leistungen des ambulanten Operierens (Kapitel 31, Abschnitte 1 bis 5) unterliegen nicht der ASV sondern sind nach § 115b SGB V geregelt.</p>	<p>DKG und KBV: Die Leistungen des ambulanten Operierens (Kapitel 31) unterliegen nicht der ASV sondern sind nach § 115b SGB V geregelt.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

328 Leistungen des Abschnitts 31.6.2 „orthopädisch-chirurgisch-konservative Gebührenord-
 329 nungspositionen“ wurden zur Behandlung im Rahmen der orthopädischen Versorgung / Or-
 330 thopädietechnik den Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie bzw. Orthopädie und Un-
 331 fallchirurgie zugeordnet.

332 Bei der belegärztlichen Behandlung (Kapitel 36) handelt es sich um stationäre Behandlungs-
 333 fälle.

334 **Kapitel 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie**

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

337 Leistungen, die an Untersuchungsmaterialien durchgeführt werden und klassische Auftrags-
 338 leistungen darstellen, werden prinzipiell der Ebene 3 zugeordnet.

339 **Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein**

340 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen ausge-
 341 wählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Marfan-Syndrom
 342 in Frage kommen.

343 Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

344 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

345 Obwohl es sich um allgemeine Laborleistungen handelt, die prinzipiell bei jeder Fachgruppe
 346 anfallen und von dieser erbracht werden können, werden diese Leistungen nur den Labor-
 347 ärztinnen bzw. Laborärzten sowie der Teamleitung und dem Kernteam zugeordnet. Begrün-
 348 dung: Im Rahmen der ASV können die Leistungserbringer der dritten Ebene nur per Definiti-
 349 ons- oder Indikationsauftrag tätig werden. Diese im ASV-Zusammenhang zwingend gefor-
 350 derte Beauftragung sollte an die Fachkompetenz – Stichwort Kern des Fachgebiets – gehen.

351 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

352 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen bzw. Laborärzten zugeordnet.

353 **Kapitel 33 und 34: Zuordnung der Leistungen Ultraschalldiagnostik sowie Diagnosti-**
 354 **sche und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-**
 355 **Resonanz-Tomographie**

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

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

362 Die Konkretisierung sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und
 363 Betreuung sowie die Information über psycho-soziale Beratungs- und Betreuungsangebote
 364 vor. Die psychotherapeutischen Facharztgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und
 365 können somit nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

366 **Abschnitt 2:**

367

<p>GKV-SV: Next Generation Sequencing (NGS) wurde in den Abschnitt 2 nicht aufgenommen. Begründung siehe unter 2.2.2.</p>	<p>DKG und PatV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung auf Sequenzveränderungen in relevanten Genen mittels next generation sequencing (NGS) • Kopienzahl-Analyse relevanter Gene <p>Die beiden o.g. Verfahren sind derzeit nicht im EBM enthalten. Wie unter Punkt 2.2.2 bereits ausführlich begründet, werden diese Verfahren als wichtige diagnostische Möglichkeiten für eine hochwertige Versorgung dieser Patientinnen und Patienten als notwendig erachtet.</p>	<p>KBV: Entsprechend der unter 2.2.2 geforderten Aufnahme von NGS sind im Abschnitt 2 des Appendix Leistungen definiert.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

368

<p>DKG, KBV und PatV: Hinsichtlich der augenärztlichen Leistungen wird ebenfalls auf die Ausführungen unter Punkt 2.2.2 verwiesen.</p>	<p>GKV-SV streichen</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

369

370 Die benannten Verfahren sind derzeit nicht im EBM enthalten bzw. Bestandteil von Pauscha-
 371 len.

372

373 **3 Bürokratiekostenermittlung**

374 [Platzhalter]

375 **4 Verfahrensablauf**

376 [Aktualisierung durch G-BA-GS folgt]

377 Im Sommer 2012 begann die AG ASV mit vorbereitenden Beratungen zur Erstellung der
378 Anlagen der ASV-RL.

379 Der Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Unterausschuss ASV) hat
380 in seinen Sitzungen am 13. Februar 2013 und 13. März 2013 Eckpunkte zur Erstellung der
381 Anlagen der ASV-RL beraten und sich u.a. darauf verständigt, Erkrankungen aus dem Be-
382 reich der schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
383 und der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fall-
384 zahlen parallel zu bearbeiten. Hierfür wurde eine Reihenfolge der Bearbeitung der ersten
385 Konkretisierungen konsentiert. In der Sitzung des Plenums am 21. März 2013 erfolgte neben
386 der Beschlussfassung über die ASV-RL auch die Beschlussfassung über diese Eckpunkte.

387 Die AG ASV wurde in der Sitzung des Unterausschusses am 21. Januar 2014 mit der Erarbei-
388 tung der Anlage 2 k) der ASV-RL beauftragt.

389 Zur Erarbeitung von Vorschlägen für die Regelung des Behandlungsumfangs auf Basis der
390 Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) be-
391 schloss der Unterausschuss ASV in seiner Sitzung am 13. Februar 2013 die Einsetzung der
392 AG ASV-RL-Appendix.

393 In der AG ASV bzw. der AG ASV-RL-Appendix wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und
394 im Unterausschuss ASV am 10. September 2014 beraten (s. untenstehende **Tabelle**).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Januar 2014	Unterausschuss ASV	Beauftragung der AG ASV die Beratungen zu den erkrankungsspezifischen Regelungen für „Marfan-Syndrom“ (aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen) gemäß dem Eckpunktebeschluss vom 21. März 2013 aufzunehmen
25. Februar 2014	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
18. März 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
11. April 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
13. Mai 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
15. Mai 2014	AG ASV-RL-Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
16. Juni 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung des Appendix des Beschlussentwurfs
18. Juni 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
23. Juni 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung des Appendix des Beschlussentwurfs
8. Juli 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
21. Juli 2014	AG ASV-RL-Appendix	Beratung des Appendix des Beschlussentwurfs
26. August 2014	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
10. September 2014	Unterausschuss ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
16. September 2014	AG ASV	Prüfung des Beschlussentwurfs und Beratung der Tragenden Gründe

395 **Tabelle:** Verfahrensablauf

396 **Stellungnahmeverfahren**

397 [Platzhalter]

398 **5 Fazit**

399 [Platzhalter]

400 **6 Zusammenfassende Dokumentation**

401 [Zur bzw. nach Beschlussfassung werden folgende Anlagen angefügt:

402 *Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung*

403 *Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf mit dem Entwurf der Tragenden Gründe*

404 *Anlage 3: Stellungnahmen*

405 *Anlage 4: Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absätze 5 und 5a SGB V zum Beschlussentwurf*

406 *Anlage 5: Stenographisches Wortprotokoll zur Anhörung sowie Auswertung der mündlichen Stellungnahme gemäß § 91 Absätze 5 und 5a SGB V zum Beschlussentwurf*

407 *Anlage 6: Auflistung der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang]*

415 Berlin, den [Datum]

416 **Gemeinsamer Bundesausschuss**
417 **gemäß § 91 SGB V**
418 **Der Vorsitzende**

419

420 **Hecken**



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Renate Höchstetter
Wegelystr. 8
10623 Berlin

Berlin, 24.10.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-378

E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd

Aktenzeichen: 872.010

**Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Änderung der Richtlinie ambulante
spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 2 Buchstabe k Marfan-
Syndrom**

Ihr Schreiben vom 29.09.2014

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

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

Anlage



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
über eine Änderung der Richtlinie ambulante 2 spezialfachärztliche
Versorgung §116b SGB V: 3 Anlage 2 – Buchstabe k) Marfan-Syndrom

Berlin, 24.10.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 29.09.2014 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Anlage 2 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) n. § 116b SGB V, schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen k) Marfan-Syndrom, aufgefordert.

Der Beschlussentwurf dient der weiteren Konkretisierung der im März 2013 vom G-BA festgelegten allgemeinen Rahmenbedingungen für die ASV und beinhaltet die konkrete Benennung der Erkrankung über die entsprechenden ICD-Codes und die Bestimmung des krankheitsspezifischen Behandlungsumfangs sowie der Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Bereits in ihrer Stellungnahme vom 16.01.2013 hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass die neue Versorgungsform der ASV das Potenzial zu einer verbesserten interdisziplinären und patientenzentrierten Versorgung hat, die auf vernetzten Strukturen im ambulanten und stationären Bereich aufbaut und eine sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung in Aussicht stellt.

Die Bundesärztekammer hatte sich aber auch bereits im Gesetzgebungsverfahren zur Reform des § 116b SGB V dahingehend geäußert, dass nicht nur die Auswahl der in den Katalog aufgenommenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen nach wie vor nur teilweise nachvollziehbar ist, sondern dass ein erheblicher Aufwand zur Regelung der neuen Versorgung zwischen den beiden Sektoren zu erwarten ist. Das Erfordernis einer trennscharfen, da erlöswirksamen Abgrenzung einer mit der ASV quasi neugeschaffenen Versorgungsform von der Regelversorgung ist systembedingt mit erheblichem Regulierungs- und Dokumentationsaufwand verbunden. Allein die Definitionsnotwendigkeit von „schweren“ Verlaufsformen und „besonderen“ Krankheitsverläufen führt unweigerlich zu Ausdifferenzierungserfordernissen, die für den Normgeber nur mit beträchtlichem Aufwand leistbar und für die Rezipienten zumindest ad hoc nicht unmittelbar nachvollziehbar sein dürften.

Aus der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenhäuser ergibt sich die Notwendigkeit, sich für eine Beteiligung an der ASV mit einem hochkomplexen Regelungsgeflecht vertraut zu machen. Dies betrifft etwa die Prüfung der Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen und setzt sich fort bei der Interpretation und Anwendung der jeweiligen Appendizes für die Vergütung. Auch die sowohl vergütungsrechtliche als auch organisatorische Trennung von ASV-Leistungen von der Regelversorgung sowie von anderen Sonderformen der Versorgung wird zu beachten sein.

Ob der Nutzen der neuen Versorgungsform in einem vertretbaren Verhältnis zum Aufwand der Durchführung steht, wird sich erst noch erweisen müssen.

Unabhängig von diesen übergeordneten Erwägungen möchte die Bundesärztekammer im Folgenden noch auf einzelne Details des Richtlinienanhangs eingehen.

Zu Abschnitt 2, „Behandlungsumfang“

- Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen (Zeile 41)
- Die Möglichkeit der Durchführung moderner molekulargenetischer Untersuchungen sollte innerhalb der ASV ermöglicht werden. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der ansonsten zu beobachtenden Bereitschaft, für die Versorgungsform ASV einen hohen Aufwand zu betreiben, was eine Ausklammerung potenziell effektiver diagnostischer Möglichkeiten unangemessen erscheinen lassen würde.

- Durchführung augenärztlicher Leistungen (Zeile 41)
 - Augenärztliche Leistungen sollten in der vorgeschlagenen Weise in den Abschnitt „Diagnostik“ aufgenommen werden.

- Einschluss der Behandlung von Begleiterkrankungen (Zeile 45)
 - Die Bundesärztekammer spricht sich für die Möglichkeit der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen aus, sofern dies im Rahmen der Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung gemäß ASV-Katalog und für den Behandlungserfolg dieser Erkrankung unmittelbar notwendig ist.

- Schwangerschaftsmitbetreuung (Zeile 51)
 - Die Versorgung von Schwangeren ist im Bereich niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen etabliert. Eine parallele Betreuung mit unklaren Kompetenzabgrenzungen sollte vermieden werden.

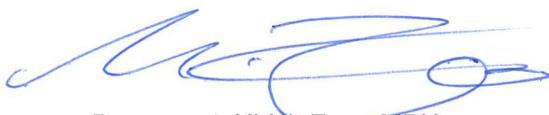
Zu Abschnitt 3.1, „ Personelle Anforderungen“:

- Zuordnung von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie (Zeile 76)
 - Orthopädische Expertise sollte beim Marfan-Syndrom wegen der Häufigkeit medizinisch relevanter Symptome aus diesem Fachgebiet im Kernteam verankert sein.

Zu Abschnitt 3.4, „Mindestmengen“:

- Festlegung einer Mindestmenge (Zeile 114)
 - Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Festlegung einer Mindestmenge aus. Allein vor dem Hintergrund der bisherigen Rechtsprechung hat sich eine solche Festlegung als problematisch erwiesen. Zudem gilt als besonderes und innovatives Merkmal der ASV, dass es sich hierbei um eine Versorgungsform handelt, die mit ihren umfassenden und detaillierten Definitionen sächlicher und personeller Voraussetzungen primär über Qualitätsanforderungen gesteuert bzw. zugelassen wird. Die zusätzliche Verwendung des Qualitätssurrogats Mindestmenge im Katalog dieser Anforderungen bedeutet daher eine Überregulierung bei gleichzeitiger Inkaufnahme bekannter Risiken, die aus der nicht nur methodisch-wissenschaftlichen, sondern auch juristischen Angreifbarkeit konkreter Mindestmengen-Festlegungen entstehen.

Berlin, 24.10.2014



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03
Kto.-Nr. 0 001 088 769

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Per E-Mail an: asv@g-ba.de

Ihre Nachricht vom
29.09.2014

Durchwahl
-140

Datum
24. Oktober 2014

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung gem. § 116b SGB V (ASV-Richtlinie): Anlage 2 – k) Marfan-Syndrom ASV-Richtlinie

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

vielen Dank für die durch den zuständigen Unterausschuss ambulante spezialfachärztliche Versorgung gewährte Möglichkeit einer Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer zu der im Betreff genannten Anlage der Richtlinie über die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (ASV-Richtlinie).

Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer berühren die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom die zahnärztliche Berufsausübung nicht unmittelbar. Wir weisen jedoch darauf hin, dass – wie bei anderen Erkrankungen mit erhöhtem Blutungsrisiko – auch bei Patienten mit Marfan-Syndrom, die mit blutverdünnenden Medikamenten behandelt werden, erhöhte Komplikationsrisiken nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen, wie bspw. Nachblutungen, bestehen können.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Ass. jur. Sven Tschoepe. LL.M.
Leiter Abt. Versorgung und Qualität



BundesPsychotherapeutenKammer

BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Frau
Renate Höchstetter
Stellv. Abteilungsleiterin
Abt. Qualitätssicherung & sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

-per E-Mail-

Berlin, 22. Oktober 2014

Vorstand:
Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident
Dipl.-Psych. Monika Konitzer
Vizepräsidentin
Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehndorfer
Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

**Stellungnahme zur Richtlinie ambulante spezialfachärztliche
Versorgung 116b SGB V – Anlage 2 – k) Marfan-Syndrom**

Sehr geehrte Frau Höchstetter,

der Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung 116b SGB V – Anlage 2 – k) Marfan-Syndrom (Anlagen 1 und 2) berührt nicht den Kern der psychotherapeutischen Tätigkeit, sodass wir auf die Wahrnehmung unseres Stellungnahmerechts verzichten.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Tophoven

Konto
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01



Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-312

TELEFAX (0228) 997799-550

E-MAIL ref3@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Alexander Wierichs

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 27.10.2014

GESCHÄFTSZ. III-315/072#0735

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anla-
ge 2 - Buchstabe k Marfan-Syndrom**

BEZUG Ihr Schreiben vom 29. September 2014 (Sh/NIE)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V danke ich. Zu
diesem Beschluss gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Wierichs

**Auswertung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	22. Oktober 2014	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	24. Oktober 2014	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	24. Oktober 2014	Stellungnahme
Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	27. Oktober 2014	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 6. November 2014 vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in seiner Sitzung am 26. November 2014 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	BZÄK (24.10.2014)	„Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer berühren die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom die zahnärztliche Berufsausübung nicht unmittelbar. Wir weisen jedoch darauf hin, dass – wie bei anderen Erkrankungen mit erhöhtem Blutungsrisiko – auch bei Patienten mit Marfan-Syndrom, die mit blutverdünnenden Medikamenten behandelt werden, erhöhte Komplikationsrisiken nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen, wie bspw. Nachblutungen, bestehen können.“	Der Hinweis der BZÄK wird zur Kenntnis genommen. Es resultieren keine Änderungen am Beschlussentwurf.
2.	BÄK (24.10.2014)	Zu Abschnitt 2, „Behandlungsumfang“ Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen (Zeile 41) Die Möglichkeit der Durchführung moderner molekulargenetischer Untersuchungen sollte innerhalb der ASV ermöglicht werden. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der ansonsten zu beobachtenden Bereitschaft, für die Versorgungsform ASV einen hohen Aufwand zu betreiben, was eine Ausklammerung potenziell effektiver diagnostischer Möglichkeiten unangemessen erscheinen lassen würde.	Der Beschlussvorschlag der DKG und der PatV beinhaltet die Möglichkeit, molekulargenetische Untersuchungen durchzuführen. Die Aufzählung ist bewusst nicht abschließend, um neuere Untersuchungen auch integrieren zu können. GKV-SV und KBV bringen einen gemeinsamen Beschlussvorschlag bzgl. molekulargenetischer Untersuchung ein.
3.	BÄK (24.10.2014)	Durchführung augenärztlicher Leistungen (Zeile 41) Augenärztliche Leistungen sollten in der vorgeschlagenen Weise in den Abschnitt „Diagnostik“ aufgenommen werden.	Der Beschlussvorschlag der DKG, KBV und PatV enthält die Nennung von augenärztlichen Leistungen. Der GKV-SV schließt sich diesem Beschlussvorschlag an.
4.	BÄK (24.10.2014)	Einschluss der Behandlung von Begleiterkrankungen (Zeile 45) Die Bundesärztekammer spricht sich für die Möglichkeit der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen aus, sofern dies	Der Beschlussvorschlag der DKG und PatV enthält die Behandlung von Begleiterkrankungen. Zur Klarstellung wurde im Beschlussentwurf der Halbsatz <i>„Begleiterkrankungen, die sich mit der ASV-Erkrankung in der Versorgung wechselseitig beein-</i>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum
		im Rahmen der Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung gemäß ASV-Katalog und für den Behandlungserfolg dieser Erkrankung unmittelbar notwendig ist	<p><i>flussen“ ersetzt durch die Formulierung „Begleiterkrankungen, sofern diesbezüglich erforderliche Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang zur §116b-Erkrankung stehen“.</i></p> <p>GKV-SV und KBV: Wie bei den bereits beschlossenen Konkretisierungen umfasst die Behandlung auch die Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen, zusätzlich werden über die Regelung des § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL unnötige Brüche im Behandlungsablauf auch im Krankenhaus vermieden.</p>
5.	BÄK (24.10.2014)	<p>Schwangerschaftsmitbetreuung (Zeile 51)</p> <p>Die Versorgung von Schwangeren ist im Bereich niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen etabliert. Eine parallele Betreuung mit unklaren Kompetenzabgrenzungen sollte vermieden werden</p>	<p>Im Beschlussentwurf der DKG und PatV wird eine Schwangerschaftsmitbetreuung gefordert. Die übliche Schwangerschaftsbetreuung ist damit explizit nicht gemeint. Diese soll weiterhin beim niedergelassenen Gynäkologen erfolgen. Da aber bei einer Erkrankung wie dem Marfan-Syndrom andere oder ggf. häufigere Untersuchungen und Betreuung notwendig sein können, soll hiermit die Möglichkeit einer zusätzlichen Mitbetreuung durch einen spezialisierten Gynäkologen, der ja auch im Behandlungsteam vorhanden ist, bestehen.</p> <p>Der Beschlussvorschlag des GKV-SV und der KBV beinhaltet, wie von der BÄK vorgeschlagen, keine Schwangerschaftsmitbetreuung. Daher keine Änderung des Vorschlags erforderlich.</p>
6.	BÄK (24.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 3.1, "Personelle Anforderungen": Zuordnung von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie (Zeile 76)</p> <p>Orthopädische Expertise sollte beim Marfan-Syndrom wegen der Häufigkeit medizinisch relevanter Symptome aus diesem Fachgebiet im Kernteam verankert sein</p>	<p>Der Beschlussvorschlag der DKG und KBV sieht eine Verortung der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie im Kernteam vor.</p> <p>Keine Änderung der Position von GKV-SV und PatV, da auch in der ABK-RL bei den hinzuzuziehenden Fachärzten verortet und darüber in die Behandlung ausreichend eingebunden sind.</p>
7.	BÄK (24.10.2014)	<p>Zu Abschnitt 3.4, "Mindestmengen": Festlegung einer Mindestmenge (Zeile 114)</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Festlegung einer Mindestmenge aus. Allein vor dem Hintergrund der</p>	<p>Der Beschlussvorschlag der DKG enthält keine Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>GKV-SV, KBV und PatV: Dem Vorschlag der BÄK auf Mindestmengen komplett zu verzichten, wird nicht gefolgt. Es geht</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 26. November 2014) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		bisherigen Rechtsprechung hat sich eine solche Festlegung als problematisch erwiesen. Zudem gilt als besonderes und innovatives Merkmal der ASV, dass es sich hierbei um eine Versorgungsform handelt, die mit ihren umfassenden und detaillierten Definitionen sächlicher und personeller Voraussetzungen primär über Qualitätsanforderungen gesteuert bzw. zugelassen wird. Die zusätzliche Verwendung des Qualitätssurrogats Mindestmenge im Katalog dieser Anforderungen bedeutet daher eine Überregulierung bei gleichzeitiger Inkaufnahme bekannter Risiken, die aus der nicht nur methodisch-wissenschaftlichen, sondern auch juristischen Angreifbarkeit konkreter Mindestmengen-Festlegungen entstehen.	um den Nachweis der gesetzlich geforderten Expertise und Erfahrung des Leistungserbringers.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V:
Anlage 2 – Buchstabe k Marfan-Syndrom

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigte Organisationen wurden eingeladen bzw. angehört:

Organisation	Einladung am	Zur Anhörung erschienen:
Bundesärztekammer (BÄK)	10. November 2014	nein
Bundeszahnärztekammer(BZÄK)	10. November 2014	nein

Appendix des Beschlusses zur Anlage 2 k) Marfan-Syndrom ASV-RL vom 22.01.2015 mit

- **Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 2.Quartal 2014 und**
- **Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)**

Legende

0
1

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe nicht zum Behandlungsumfang.

Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.

Die Anlage 5 der Tragenden Gründe enthält im Abschnitt 1 auch die GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Facharztgruppen ausgeschlossen sind. Die Zeilen mit diesen GOP sind im Plenumsbeschluss nicht aufgeführt.

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01430	Verwaltungskomplex	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01436	Konsultationspauschale	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01440	Verweilen außerhalb der Praxis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01510	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 2h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01511	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 4h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01512	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Praxisklinische Betreuung 6h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01520	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01521	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte											
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01530	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
II	01	1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01531	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01601	Individueller Arztbrief	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01620	Bescheinigung oder Zeugnis	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01621	Krankheitsbericht	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01623	Kurvorschlag	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	01700	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	01701	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01705	Neugeborenen-Hörscreening	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01706	Kontroll-AABR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	01	1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11312	Spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 11310 oder 11311	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11320	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Hybridisierung mit einer mutationssequenzspezifischen Sonde	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11321	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels sequenzspezifischer und nicht-trägergebundener Nukleinsäureamplifikation	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11322	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA nach der Kettenabbruchmethode	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.1	Untersuchungen bei Risikoallelen	11330	Faktor-V-Leiden-Mutation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.1	Untersuchungen bei Risikoallelen	11331	Prothrombin G20210A-Mutation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.1	Untersuchungen bei Risikoallelen	11332	HLA-B27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.1	Untersuchungen bei Risikoallelen	11333	MTHFR-C677T-Mutation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.1	Untersuchungen bei Risikoallelen	11334	Hämochromatose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.2	Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen	11351	Cystische Fibrose - mehrere Mutationen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.2	Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen	11352	Cystische Fibrose - vollständige Untersuchung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.2	Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen	11354	Cystische Fibrose - bei bekannter Mutation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	11	11.4.2	Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen	11360	Fragiles X-Syndrom - Analyse einer Repeat-Expansion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	31	31.6.2	Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen	31945	Abdrücke und Modelle V	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	31	31.6.2	Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen	31946	Abdrücke und Modelle VI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.1	Grundleistungen	32001	Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32025	Quantitative Bestimmung gilt für die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 - Glucose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32026	Quantitative Bestimmung gilt für die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 - TPZ (Thromboplastinzeit)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32027	Quantitative Bestimmung gilt für die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 - D-Dimer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32030	Orientierende Untersuchung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32031	Harn-Mikroskopie	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32032	pH-Wert	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32035	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Erythrozytenzählung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32036	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Leukozytenzählung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32037	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Thrombozytenzählung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32038	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Hämoglobin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32039	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 - Hämatokrit	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32040	Blut im Stuhl	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32041	Albumin im Stuhl, qualitativ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.1	Basisuntersuchungen	32042	BSG	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32046	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32031 bis 32035 - Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32047	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32031 bis 32035 - Retikulozytenzählung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32050	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32031 bis 32035 - Mikroskopische Untersuchung nach Gram-Färbung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32051	Differenzial-Blutbild	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32052	Bestandteile im Sammelharn, quantitativ	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32055	Konzentrationsbestimmung eines Arzneimittels	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32056	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Gesamteiweiß	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32057	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Glukose	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32058	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Bilirubin gesamt	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32059	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Bilirubin direkt	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32060	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Cholesterin gesamt	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32061	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - HDL-Cholesterin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32062	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - LDL-Cholesterin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32063	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Triglyceride	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32064	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnsäure	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32065	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Harnstoff	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32066	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kreatinin (Jaffé-Methode)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32067	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kreatinin, enzymatisch	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32068	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Alkalische Phosphatase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32069	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GOT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32070	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GPT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32071	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Gamma-GT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32072	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Alpha-Amylase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32073	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Lipase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32074	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Creatinkinase (CK)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32075	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - LDH	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32076	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - GLDH	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32077	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - HBDH	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32078	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Cholinesterase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32079	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Saure Phosphatase	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32081	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Kalium	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32082	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Calcium	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32083	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Natrium	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32084	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Chlorid	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32085	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Eisen	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32086	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32041 bis 32073 - Phosphor anorganisch	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte															
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Blutungszeit (standardisiert)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32111	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Rekalzifizierungszeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32112	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - PTT	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32113	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Quick-Wert, Plasma	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32114	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Quick-Wert, Kapillarblut	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32115	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Thrombinzeit	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32116	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Fibrinogen	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32117	Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32100 bis 32107 - Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120	Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32121	Mechanisierte Leukozytendifferenzierung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32122	Mechanisierter vollständiger Blutstatus	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32123	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32124	Endogene Kreatinin-clearance	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32125	Präoperative Labordiagnostik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - CRP	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32130	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Streptolysin O-Antikörper	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32131	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Gesamt-IgM beim Neugeborenen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32132	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Schwangerschaftsnachweis	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32133	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Mononucleose-Test	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32134	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Myoglobin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32135	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Urin-Mikroalbumin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32136	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32120 bis 32128 - Urin-Alpha-1-Mikroglobulin	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32137	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Buprenorphinhydrochlorid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32140	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Amphetamin/Metamphetamin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie						
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32141	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32142	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Benzodiazepine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32143	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Cannabinoide (THC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32144	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32145	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Methadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32146	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Opiate (Morphin)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32147	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32140 bis 32147 - Phencyclidin (PCP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32148	Alkohol-Bestimmung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32150	Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte													
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
IV	32	32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32151	Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32152	Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32880	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32881	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32882	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32155	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Alkalische Leukozytenphosphatase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32156	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Esterasereaktion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32157	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Peroxydasereaktion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32158	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - PAS-Reaktion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie						
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32303	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Porphobilinogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32304	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Delta-Amino-Lävulinsäure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32305	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Arzneimittel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32306	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Vitamine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32307	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Drogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																		
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie							
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32308	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Pyridinolin und/oder Desoxyypyridinolin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32309	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Phenylalanin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32310	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Aminosäuren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32311	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Exogene Gifte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32312	Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebühreordnungspositionen 32300 bis 32313 - Hämoglobine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32420	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32420 bis 32421 - Thyreoglobulin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32421	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32420 bis 32421 - Vitamin D3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32426	Gesamt-IgE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32427	Allergenspezifische Immunglobuline I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32430	Proteinnachweis mittels Immunpräzipitation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32435	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 - AI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32437	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 - AI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32454	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 - Ly	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
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 - Äh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32456	Lipoprotein (a)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32460	Quantitative Best. mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32460 und 32461 - CRP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32461	Quantitative Best. mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32460 und 32461 - Rheumafaktor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32462	Immunglobulinsubklasse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32463	Cystatin C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																	
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie						
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32495	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - LKM-, SLA-, ASG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32496	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - ANCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32497	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - Antikörper gege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32498	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - Herzmuskel-Anti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32522	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32523	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32524	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32525	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - Aktivierte T-Zellen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32526	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - Zytotoxische T-Zellen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32551	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32552	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32553	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Nachweis von Hämolytinen mit Komplementzusatz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32554	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32555	Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32550 bis 32554)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	32556	Kreuzprobe mit indirektem Antiglobulintest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie					
IV	32	32.3.11	Virologische Untersuchungen	32783	Nachweis von Virus-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für 32780 bis 32791 - Nachweis von HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.11	Virologische Untersuchungen	32784	Nachweis von Virus-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für 32780 bis 32791 - Nachweis von CMV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.11	Virologische Untersuchungen	32785	Nachweis von Virus-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für 32780 bis 32791 - Nachweis von HSV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.11	Virologische Untersuchungen	32786	Nachweis von Virus-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für 32780 bis 32791 - Nachweis von Influenzaviren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	32	32.3.11	Virologische Untersuchungen	32787	Nachweis von Virus-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für 32780 bis 32791 - Nachweis von Parainfluenzaviren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte											
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33091	Zuschlag für optische Führungshilfe	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
IV	33	33	Ultraschalldiagnostik	33092	Zuschlag für optische Führungshilfe	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
IV	34	34.2.1	Schädel, Halsweichteile	34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.1	Schädel, Halsweichteile	34211	Panoraschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.1	Schädel, Halsweichteile	34212	Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie	34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
IV	34	34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie	34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie	34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie	34223	Myelographie(n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	34233	Aufnahmen der Extremitäten	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	34235	Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	34236	Kontrastuntersuchung eines Gelenks (nicht Schulter, Ellbogen, Hüfte, Knie)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte											
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
IV	34	34.4.3	Thorax	34430	MRT-Untersuchung des Thorax	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IV	34	34.4.3	Thorax	34431	MRT-Untersuchung der Mamma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV	34	34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	34440	MRT-Untersuchung des Oberbauchs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	34441	MRT-Untersuchung des Abdomens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	34442	MRT-Untersuchung des Beckens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke	34450	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke	34451	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke	34452	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.6	Bestrahlungsplanung MRT	34460	Bestrahlungsplanung MRT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34470	MRT-Angiographie der Hirngefäße	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34475	MRT-Angiographie der Halsgefäße	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34480	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34485	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34486	MRT-Angiographie von Venen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34489	MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34490	MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.4.7	MRT-Angiographien	34492	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34500	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	34	34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34501	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IV	34	34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34503	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34504	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
IV	34	34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
						Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie			
V	40	40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	40	40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40104	Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
V	40	40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40106	Versandmaterial, Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40122	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40124	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V	40	40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40126	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ifd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte											
		Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
1	Molekulargenetische Untersuchung der relevanten Gene zur differenzialdiagnostischen Abklärung mittels Hochdurchsatzverfahren (z.B. next-generation-sequencing - NGS)*	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale**	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*Soweit der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Aufnahme einer Leistung in den Abschnitt 11.4 (Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes beschließt, die der molekulargenetischen Untersuchung mittels Next-Generation-Sequencing (NGS) im Abschnitt 2 des Appendix entspricht, wird der Gemeinsame Bundesausschuss diese in den Abschnitt 1 des Appendix überführen und den Abschnitt 2 des Appendix dahingehend anpassen.

**Spaltlampenmikroskopie, Bestimmung des Visus, subjektive und objektive Refraktionsbestimmung, tonometrische Untersuchung, Beurteilung des zentralen Fundus, Gonioskopie, Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen, Kontrolle vorhandener Sehhilfen und/oder Messung der Akkommodationsbreite