



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach
§ 116b SGB V

in der Fassung vom 21. März 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1)
in Kraft getreten am 20. Juli 2013

geändert am 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.10.2021 B6)
in Kraft getreten am 1. Oktober 2021

Inhalt

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| § 1 | Rechtsgrundlage und Geltungsbereich | 4 |
| § 2 | Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“) | 4 |
| § 3 | Personelle Anforderungen | 5 |
| § 4 | Sächliche und organisatorische Anforderungen | 6 |
| § 5 | Behandlungsumfang..... | 7 |
| § 5a | Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie | 8 |
| § 6 | Studienteilnahme | 9 |
| § 7 | Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen..... | 9 |
| § 8 | Überweisungen | 9 |
| § 9 | Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung..... | 9 |
| § 10 | Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V | 10 |
| § 11 | Mindestmengen | 10 |
| § 12 | Qualitätssicherung | 10 |
| § 13 | Evaluation..... | 10 |
| § 14 | Dokumentation | 11 |
| § 15 | Patienteninformation..... | 11 |
| § 16 | Jährliche ICD-10-GM-Anpassung..... | 11 |
| Anlage 1.1 | Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen..... | 12 |
| a) | onkologische Erkrankungen | 13 |
| Tumorgruppe 1: | gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | 13 |
| Tumorgruppe 2: | gynäkologische Tumoren | 22 |
| Tumorgruppe 3: | urologische Tumoren | 33 |
| Tumorgruppe 4: | Hauttumoren..... | 40 |
| Tumorgruppe 5: | Tumoren der Lunge und des Thorax | 47 |
| Tumorgruppe 6: | Kopf- oder Halstumoren..... | 54 |
| b) | rheumatologische Erkrankungen..... | 63 |
| Teil 1: | Erwachsene | 63 |
| Teil 2: | Kinder und Jugendliche | 69 |
| Anlage 1.2 | Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen | 74 |
| Anlage 2 | Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen | 75 |
| a) | Tuberkulose und atypische Mykobakteriose | 76 |
| b) | Mukoviszidose..... | 80 |
| c) | Hämophilie..... | 84 |

| | |
|---|-----|
| d) neuromuskuläre Erkrankungen | 89 |
| e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen | 94 |
| Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose | 94 |
| f) biliäre Zirrhose [unbesetzt] | 99 |
| g) primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt]..... | 100 |
| h) Morbus Wilson | 101 |
| k) Marfan-Syndrom | 105 |
| l) pulmonale Hypertonie | 109 |
| o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen | 113 |
| | |
| Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen | 117 |

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

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

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

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben a und b SGB V in Anlage 1.1,
2. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben c bis i SGB V in Anlage 1.2,
3. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V in Anlage 2 und
4. hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V in Anlage 3.

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

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

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

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

§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

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

(2) ¹Die Leistungserbringer haben die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. ²Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen ggf. erforderlich sind. ³Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ihre

Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen. ⁴Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind namentlich zu benennen. ⁵Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend. ⁶Berechtigte Leistungserbringer haben bei der Meldung ihrer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 namentlich zu benennen. ⁷Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

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

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

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

§ 3 Personelle Anforderungen

(1) ¹Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. ²Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

(2) ¹Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. ²Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. ³Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. ⁴Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der

Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. ⁵An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen. ⁶Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. ⁷Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. ⁸Ihr Tätigkeitsort für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

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

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

(5) ¹Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. ²Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gilt: Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.

§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen und erfolgt auf Verordnung.⁵Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung dieser Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.

(2) ¹Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt. ²Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. ³Barrierefreiheit ist anzustreben.

§ 5 Behandlungsumfang

(1) ¹Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen. ²Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert. ³Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. ⁴Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser 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. ⁵Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

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

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

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

Voraussetzungen erfüllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese Informationsweitergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden Vertragsarzt.

(4) ¹In der ASV können die Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt sowie digitale (z. B. von der elektronischen Gesundheitskarte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sofern der ASV-Berechtigte die jeweils relevanten (technischen) Voraussetzungen erfüllt. ²Dazu gehört auch die Durchführung der Videosprechstunde, die als synchrone Kommunikation zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer Patientin oder einem Patienten definiert ist. ³Sie kann über die der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stehende Ausstattung, gegebenenfalls unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, von in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden. ⁴Als Videosprechstunde im Rahmen dieser Richtlinie gilt auch die Kommunikation nach Absatz 4 Satz 2 und 3, die zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer pflegebedürftigen Patientin oder einem pflegebedürftigen Patienten unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren Pflegekräften, die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligt sind (z. B. in einer Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten), durchgeführt wird. ⁵Ebenfalls können ärztliche Fallkonferenzen und Fallbesprechungen zur Kommunikation zwischen in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten als Videofallkonferenzen im Rahmen dieser Richtlinie durchgeführt werden. ⁶Die Leistungen der Beratung und Behandlung von Patientinnen oder Patienten sowie ärztliche Fallkonferenzen, die auch über Kommunikationsmedien/ Telekommunikationswege durchgeführt werden können, sind im Appendix einer Anlage zur ASV-Richtlinie aufgeführt. ⁷Die (technischen) Voraussetzungen ergeben sich aus der Textierung der jeweiligen Leistung, sofern vorhanden gelten für Krankenhäuser die maßgeblichen krankenhausspezifischen Regelungen. ⁸Sofern eine Patientin oder ein Patient Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur hat, gelten zudem die Sätze 4 und 5 des Absatzes 3 entsprechend. ⁹Die ausschließliche Behandlung und Betreuung einer ASV-Patientin oder eines ASV-Patienten per Videosprechstunde durch ein ASV-Team ist ebenso nicht zulässig wie die ausschließliche Teilnahme eines ASV-Teammitglieds an der ASV mittels Videosprechstunden.

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

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

1. Neurochirurgie
2. Neurologie
3. ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut
4. Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
5. Psychiatrie und Psychotherapie
6. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
8. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

bis zum 31. Dezember 2021 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01433 (Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und 23.1) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der mit Wirkung vom 1. Oktober 2021 geltenden Fassung des EBM. Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten

spezialfachärztlichen Versorgung sind für ASV-Berechtigte der nicht in Satz 1 festgelegten Arztgruppen bis zum 31. Dezember 2021 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01434 (Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt) des EBM in der mit Wirkung vom 1. Oktober 2021 geltenden Fassung.

§ 6 Studienteilnahme

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

§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

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

§ 8 Überweisungen

¹Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.1 sowie von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Anlage 1.2 setzt eine Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. ²Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt. ³Abweichend von den Sätzen 1 und 2 besteht für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten kein Überweisungserfordernis. ⁴Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen. ⁵Die Überweisung zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten wird für die Indikation entsprechend § 1 Absatz 2 ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen soll. ⁶Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt informiert die Versicherte oder den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. ⁷Der auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte informiert die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt und die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. ⁸Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen und trägt ein eindeutiges Datum. ⁹Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. ¹⁰Näheres wird in den Anlagen geregelt. ¹¹Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. ¹²Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, begründet auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung. ¹³In den indikationsspezifischen Konkretisierungen der Anlage 1.1 kann geregelt werden, dass in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen.

§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung

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

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

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

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

(3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

§ 11 Mindestmengen

Das Nähere zu Mindestmengen ist in den Anlagen zu regeln.

§ 12 Qualitätssicherung

¹Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. ²Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt. ³Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

§ 13 Evaluation

¹Die Ergebnisse der Bewertung der Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach § 116b Absatz 9 SGB V sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen. ²Spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten einer Anlage zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen des jeweiligen Beschlusses hinsichtlich

Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung des jeweiligen Beschlusses. ³Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der G-BA dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 14 Dokumentation

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

§ 15 Patienteninformation

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

§ 16 Jährliche ICD-10-GM-Anpassung

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

Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

1 **a) onkologische Erkrankungen**

2 **Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle**

3 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

4 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
5 ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der
6 Bauchhöhle, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale
7 Therapie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder
8 neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumorthherapie und/oder eine
9 Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer
10 besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

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

- 14 C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus
- 15 C16.- Bösartige Neubildung des Magens
- 16 C17.- Bösartige Neubildung des Dünndarmes
- 17 C18.- Bösartige Neubildung des Kolons
- 18 C19.- Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
- 19 C20.- Bösartige Neubildung des Rektums
- 20 C21.- Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
- 21 C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
- 22 C23.- Bösartige Neubildung der Gallenblase
- 23 C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
- 24 C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas
- 25 C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
- 26 C26.1 Bösartige Neubildung: Milz
- 27 C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- 28 C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
- 29 C47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:
30 Periphere Nerven des Abdomens
- 31 C47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:
32 Periphere Nerven des Beckens
- 33 C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:
34 Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- 35 C48.1 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Näher
36 bezeichnete Teile des Peritoneums

- 37 C48.2 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Peritoneum,
38 nicht näher bezeichnet
- 39 C48.8 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Retroperitoneum
40 und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
- 41 C49.4 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe:
42 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
- 43 C49.5 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe:
44 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- 45 C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe:
46 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- 47 C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse
- 48 C74.- Bösartige Neubildung der Nebenniere
- 49 C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
50 Nebenschilddrüse
- 51 C75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
52 Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
- 53 C76.2 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
- 54 C76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- 55 C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Sonstige
56 und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- 57 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

58 **2 Behandlungsumfang**

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

60 **Diagnostik**

- 61 - Anamnese
- 62 - Körperliche Untersuchung
- 63 - Punktionen, Biopsien
- 64 - Tumorstaging
- 65 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 66 - Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische
67 Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren,
68 Kontrolle von Medikamentenspiegel)
- 69 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren,
70 Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 71 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 72 - Spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale
73 Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- 74 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich
75 interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, ERCP,
76 Laryngoskopie, Bronchoskopie)
- 77 - Diagnostik von *Helicobacter pylori*
- 78 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 79 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 80 - Humangenetische Untersuchungen

- 81 **Behandlung**
- 82 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und
 - 83 -kontrolle
 - 84 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
 - 85 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
 - 86 Behandlungsfolgen
 - 87 - Behandlung in Notfallsituationen
 - 88 - Schmerztherapie
 - 89 - Strahlentherapie
 - 90 - Lasertherapeutische Verfahren (Ösophagus-CA)
 - 91 - Transfusionen
 - 92 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
 - 93 - Kleinchirurgische Eingriffe
 - 94 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
 - 95 - Mukosektomie
 - 96 - Perkutane Gastrostomie
 - 97 - Wundversorgung
 - 98 - Anlage Blasenkatheeter
 - 99 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
 - 100 - Therapie der Stuhlinkontinenz
 - 101 - allgemeiner Umgang mit Portsystemen
 - 102 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
 - 103 - Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
 - 104 Eingriffen
 - 105 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
 - 106 - Einleitung der Rehabilitation
 - 107 - Sexualberatung und Familienplanung
 - 108 - Physikalische Therapie
 - 109 - Tumorkonferenzen
- 110 **Beratung**
- 111 - zu Diagnostik und Behandlung
 - 112 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
 - 113 - zur Ernährung
 - 114 - zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B.
 - 115 bei Krebsberatungsstellen)
 - 116 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
 - 117 - zu Hilfsmitteln inkl. Anleitung zum Gebrauch
 - 118 - zu Rehabilitationsangeboten
 - 119 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 120 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs
- 121 (EBM) sind:
- 122 PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden bei
 - 123 neuroendokrinen oder gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumoren
 - 124 - Bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren, gastrointestinalen
 - 125 neuroendokrinen Tumoren oder gastrointestinalen Stromatumoren
 - 126 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokaltherapie (Strahlentherapie oder
 - 127 Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von Abdomen
 - 128 und/oder Thorax abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden.

- 129 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT,
130 MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und
131 für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokaltherapie empfohlen wird.
- 132 - Bei Patientinnen und Patienten mit resektablen Leber- oder Lungenmetastasen eines
133 kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Operation
134 - Bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
- 135 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
136 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,
137 zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv,
138 Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem
139 Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.
- 140 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit
141 gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter
142 tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-
143 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 144 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
145 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
146 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 147 - Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach
148 Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie eines Patienten
149 ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten
150 palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die
151 Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere
152 Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 153 - Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach
154 Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie eines Patienten
155 ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die
156 vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 157 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der
158 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 159 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu
160 beachten.

161 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

162 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

165 **a) Teamleitung**

- 166 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
167 - Strahlentherapie oder
168 - Innere Medizin und Gastroenterologie oder
169 - Allgemeinchirurgie oder
170 - Viszeralchirurgie
171 - bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom auch Hals-Nasen-
172 Ohrenheilkunde oder Nuklearmedizin oder bei anderen endokrinologischen Tumoren
173 auch: Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

174 **b) Kernteam**

- 175 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
176 - Strahlentherapie
177 - Innere Medizin und Gastroenterologie
178 - Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie
179 - bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom zusätzlich auch Hals-Nasen-
180 Ohrenheilkunde und Nuklearmedizin und ab spätestens 1. Januar 2022 Innere Medizin
181 und Endokrinologie und Diabetologie
182 - bei anderen endokrinologischen Tumoren ab spätestens 1. Januar 2022 zusätzlich auch:
183 Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

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

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

195 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 196 - Anästhesiologie
197 - Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)
198 - Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
199 - Innere Medizin und Kardiologie
200 - Neurologie
201 - Humangenetik
202 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
203 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
204 Psychotherapeut
205 - Innere Medizin und Nephrologie
206 - Laboratoriumsmedizin
207 - Radiologie
208 - Pathologie
209 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe und
210 - Urologie

211 bei Schilddrüsenkarzinom, Nebenschilddrüsenkarzinom oder anderen endokrinologischen
212 Tumoren zusätzlich auch:

- 213 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie bis längstens 31. Dezember 2021.
214 Solange die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und
215 Diabetologie in der Ebene der Hinzuzuziehenden tätig sind, richtet sich deren
216 Behandlungsumfang nach dem Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren
217 der Bauchhöhle“ in der vor dem Inkrafttreten dieses Änderungsbeschlusses vom
218 18. März 2021 geltenden Fassung.

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

221 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

234 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- 237 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 238 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 239 – Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie, alternativ bei
240 Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom: Hals-Nasen-
241 Ohrenheilkunde

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

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

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

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

259 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

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

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

265 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie
266 benötigten Wirkstoffe erfolgt,

- 267 j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen
268 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum
269 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten
270 vorgehalten werden,
- 271 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen
272 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur
273 Verfügung steht,
- 274 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
275 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen
276 Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- 277 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 278 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 279 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
280 Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der
281 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen
282 zur Verfügung gestellt wird,
- 283 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
284 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

285 3.3 Dokumentation

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

289 3.4 Mindestmengen

290 Das Kernteam muss mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer
291 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose
292 behandeln.

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

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

300 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und
301 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit
302 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter
303 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt
304 werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung
305 nachweisen oder

306 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams
307 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden
308 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,
309 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder
310 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

311 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die
312 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten
313 Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten
314 Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier
315 Quartalen, heranzuziehen.

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

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

321 **4 Überweisungserfordernis**

322 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
323 behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich
324 und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin
325 gegeben sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-
326 berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen
327 Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team
328 besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen
329 Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

330 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

331 **Präambel**

332 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
333 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
334 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
335 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
336 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
337 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
338 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
339 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
340 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
341 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
342 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
343 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
344 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
345 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
346 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
347 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
348 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

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

354 Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für
355 Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die
356 Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag

357 Ärzte [BMV-Ä] seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen
358 im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

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

364 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
365 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
366 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

367 [Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“*](#)

368

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

369 **Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

370 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

371 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
372 ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, wenn diese auf Grund der
373 Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Das bedeutet, es ist
374 entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische
375 medikamentöse Tumorthherapie, und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer
376 interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder
377 Ausstattung bedarf.

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

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

382 **1.1 Mammakarzinom**

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

393 **1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren**

- 394 C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
- 395 C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere
396 Teilbereiche überlappend
- 397 C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- 398 C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere
399 Teilbereiche überlappend
- 400 C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
- 401 C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
- 402 C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
- 403 C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
- 404 C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
- 405 C52 Bösartige Neubildung der Vagina
- 406 C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix
- 407 C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix

- 408 C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- 409 C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
- 410 C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
- 411 C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium
- 412 C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium
- 413 C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri
- 414 C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- 415 C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
- 416 C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
- 417 C56 Bösartige Neubildung des Ovars
- 418 C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
- 419 C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
- 420 C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
- 421 C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium
- 422 C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
- 423 C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
- 424 C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
- 425 C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
- 426 C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- 427 C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere
- 428 Teilbereiche überlappend
- 429 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

430 **2 Behandlungsumfang**

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

432 **Diagnostik**

- 433 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale
- 434 Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 435 - Anamnese
- 436 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren,
- 437 Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 438 - Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- 439 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 440 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 441 - Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 442 einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung,
- 443 Stentimplantationen)
- 444 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 445 - Humangenetische Untersuchungen
- 446 - Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-rektale
- 447 Untersuchung, vaginale Untersuchung)

- 448 - Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische
- 449 Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben,
- 450 Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegel) (n)
- 451 - Punktionen, Biopsie
- 452 - Tumorstaging

453 **Behandlung**

- 454 - Anlage Blasenkatheter
- 455 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 456 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 457 Eingriffen
- 458 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 459 - Behandlung in Notfallsituationen
- 460 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 461 Behandlungsfolgen
- 462 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 463 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- 464 - Einleitung einer Rehabilitation
- 465 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 466 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 467 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 468 - Perkutane Gastrostomie
- 469 - Physikalische Therapie
- 470 - allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 471 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 472 - Schmerztherapie
- 473 - Strahlentherapie
- 474 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 475 - Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 476 - Transfusionen
- 477 - Wundversorgung

478 **Beratung**

- 479 - zu Diagnostik und Behandlung
- 480 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 481 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 482 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 483 - zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B.
- 484 bei Krebsberatungsstellen)
- 485 - zu Rehabilitationsangeboten
- 486 - zu Sexualität und Familienplanung
- 487 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 488 - zur Ernährung

489 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs
 490 (EBM) sind:

- 491 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 492 Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend
- 493 der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 494 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 495 Tumorthapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 496 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- 497 - Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach
498 Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin
499 bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines
500 standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der
501 Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung
502 oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 503 - Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach
504 Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin
505 bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des
506 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B.
507 Hospize, SAPV)
- 508 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
509 Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur
510 Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose,
511 wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch
512 Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung
513 zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz
514 für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder
515 Lebensqualität erwartet werden kann.
- 516 - Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-
517 basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe
518 im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in
519 der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw.
520 dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden
521 Kriterien gemäß I. oder II. erfüllt sind:
- I. - ER positiv und
- Her2 negativ und
- Alter > 35 Jahre und
- N0: T > 1cm
mit einem der nachfolgenden Kriterien:
- G2 oder
- Ki-67 > 10 % ≤ 30 %
aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
- G3 oder
- Ki-67 > 30 %.
- II. - ER positiv und
- Her2 negativ und
- Alter > 35 Jahre und
- N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien:
- G1 oder G2 oder
- Ki-67 > 10 % ≤ 30 %
aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
- G3 oder Ki-67 > 30 %.
- 522 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der
523 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

526 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

527 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

530 **a) Teamleitung**

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

534 **b) Kernteam**

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

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

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

- 552 1. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, z. B. Debulking-OP,
553 Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal,
554 Exenteration,
- 555 2. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma,
- 556 3. 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im
557 Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen.

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

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

562 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 563 - Anästhesiologie
- 564 - Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
- 565 - Humangenetik
- 566 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 567 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 568 - Innere Medizin und Kardiologie

- 569 - Innere Medizin und Nephrologie
- 570 - Laboratoriumsmedizin
- 571 - Neurologie
- 572 - Nuklearmedizin
- 573 - Pathologie
- 574 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 575 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 576 Psychotherapeut
- 577 - Radiologie
- 578 - Urologie
- 579 - Viszeralchirurgie

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

582 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

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

595 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

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

- 598 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 599 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische
- 600 Onkologie

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

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

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

- 615 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen
616 wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen
617 darzulegen ist,
- 618 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 619 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und
620 transfusionsmedizinische Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung
621 am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 622 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete
623 Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 624 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthapie
625 benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- 626 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen
627 intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen
628 zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten
629 vorgehalten werden,
- 630 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen
631 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur
632 Verfügung steht,
- 633 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
634 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen
635 Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- 636 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 637 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 638 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
639 Informationsmaterial (z. B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der
640 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen
641 zur Verfügung gestellt wird,
- 642 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
643 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,
- 644 q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen
645 erfüllt sind:
- 646 – die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer
647 Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären
648 Tumorkonferenz gesondert zu begründen,
 - 649 – die Patientin und der Patient ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand
650 zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere
651 über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der
652 Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und
653 Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären,
 - 654 – eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen
655 Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der
656 Patientin und dem Patienten ist ausgeschlossen.

657 3.3 Dokumentation

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

661 **3.4 Mindestmengen**

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

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

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

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

676 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und
677 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit
678 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter
679 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt
680 werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung
681 nachweisen oder

682 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams
683 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden
684 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,
685 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder
686 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

687 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die
688 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten
689 Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten
690 Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier
691 Quartalen, heranzuziehen.

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

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

696 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um
697 50 Prozent unterschritten werden.

698 **4 Überweisungserfordernis**

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

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

703 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
704 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
705 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
706 Überweisungserfordernis.

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

709 **5 Sonderregelung für Subspezialisierung**

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

714 Abweichend hiervon entfallen für Leistungserbringer, die

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

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

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

721 **5.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom**

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

726 Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- 727 – Diagnostik der Kontinenzleistung
- 728 – Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 729 – PET; PET/CT
- 730 – Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

731 Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

- 732 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 733 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 734 – Innere Medizin und Nephrologie
- 735 – Urologie
- 736 – Visceralchirurgie

737 Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- 738 – Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch
739 Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

740 Folgende Mindestmengen gelten nicht:

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

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

746 **5.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren**

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

- 751 Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:
- 752 – Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse
- 753 Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:
- 754 – Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach Nummer 3.2
- 755 Buchstabe q
- 756 Folgende Mindestmengen gelten nicht:
- 757 – die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 250 Patientinnen
- 758 und Patienten der in Nummer „1.1 Mammakarzinom“ genannten
- 759 Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose.

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

761 aufgeführt.

762 **6 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

763 **Präambel**

764 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen

765 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen

766 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen

767 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des

768 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten

769 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)

770 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des

771 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des

772 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit

773 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-

774 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-

775 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des

776 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit

777 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und

778 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V

779 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin

780 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

781 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten

782 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

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

784 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6

785 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die

786 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

787 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für

788 Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

789 denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im

790 Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen

791 Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die

792 entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

793 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den

794 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten

795 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

796 [Appendix „gynäkologische Tumoren“*](#)

797

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

798 **Tumorgruppe 3: urologische Tumoren**

799 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

800 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
801 mit urologischen Tumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese auf Grund der
802 Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen.

803 Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante
804 Therapie eine systemische medikamentöse Tumorthherapie, und/oder eine Strahlentherapie
805 indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen
806 Expertise oder Ausstattung bedarf.

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

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

811 C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens

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

814 C48.0 Bösartige Neubildung: Retroperitoneum

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

816 C60.- Bösartige Neubildung des Penis

817 C61 Bösartige Neubildung der Prostata

818 C62.- Bösartige Neubildung des Hodens

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

821 C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

822 C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens

823 C66 Bösartige Neubildung des Ureters

824 C67.- Bösartige Neubildung der Harnblase

825 C68.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane

826 C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken

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

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

830 **2 Behandlungsumfang**

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

832 **Diagnostik**

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

835 - Anamnese

- 836 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall, Doppler Nierenvenen, intravenöse Urographie
- 837 einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische
- 838 Untersuchungen)
- 839 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 840 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 841 - Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 842 einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung,
- 843 Stentimplantationen, Zystoskopie, Rektoskopie, Proktoskopie)
- 844 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 845 - Humangenetische Untersuchungen
- 846 - Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung, digital-rektale und vaginale
- 847 Untersuchung)
- 848 - Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische
- 849 Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben,
- 850 Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegel)
- 851 - Punktionen, Biopsie (TUR-Blase)
- 852 - Tumorstaging
- 853 - Urodynamik

854 **Behandlung**

- 855 - Anlage Blasenkateter
- 856 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 857 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 858 Eingriffen
- 859 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 860 - Behandlung in Notfallsituationen
- 861 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 862 Behandlungsfolgen
- 863 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 864 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Urostoma
- 865 - Einleitung einer Rehabilitation
- 866 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 867 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 868 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 869 - Perkutane Gastrostomie
- 870 - Physikalische Therapie
- 871 - allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 872 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 873 - Schmerztherapie
- 874 - Strahlentherapie
- 875 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 876 - Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 877 - Transfusionen
- 878 - Wundversorgung
- 879 - Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie (BCG auch als
- 880 Instillationstherapie bei Blasenkarzinom), Lasertherapie, soweit im EBM abgebildet

881 **Beratung**

- 882 - zu Diagnostik und Behandlung
- 883 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 884 - Inkontinenzberatung
- 885 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 886 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen

- 887 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B.
- 888 bei Krebsberatungsstellen)
- 889 - zu Rehabilitationsangeboten
- 890 - zu Sexualität und Familienplanung
- 891 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 892 - zur Ernährung

893 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs
 894 (EBM) sind:

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

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

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

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

931 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

932 **3.1 Personelle Anforderungen**

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

935 **a) Teamleitung**

- 936 - Urologie oder
- 937 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

938 **b) Kernteam**

- 939 - Urologie
- 940 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 941 - Strahlentherapie

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

948 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 949 - Anästhesiologie
- 950 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 951 - Gefäßchirurgie
- 952 - Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung
953 bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom
- 954 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 955 - Innere Medizin und Kardiologie
- 956 - Innere Medizin und Nephrologie
- 957 - Laboratoriumsmedizin
- 958 - Neurologie
- 959 - Nuklearmedizin
- 960 - Pathologie
- 961 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
962 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
963 Psychotherapeut
- 964 - Radiologie
- 965 - Viszeralchirurgie

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

968 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

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

981 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

- 982 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
983 einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 984 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - 985 – Urologie
- 986 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
987 erforderliche bildgebende Diagnostik.
- 988 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich
989 anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die
990 Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die
991 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- 992 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit
993 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-
994 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied
995 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten
996 Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind.
997 Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen.
998 Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu
999 dokumentieren.
- 1000 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen
1001 wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen
1002 darzulegen ist.
- 1003 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
- 1004 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen
1005 und transfusionsmedizinischen Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am
1006 Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
- 1007 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete
1008 Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.
- 1009 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie
1010 benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- 1011 j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen
1012 Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum
1013 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten
1014 vorgehalten werden.
- 1015 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen
1016 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur
1017 Verfügung steht.
- 1018 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
1019 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen
1020 Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.
- 1021 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- 1022 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- 1023 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
1024 Informationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht
1025 verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-
1026 Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur
1027 Verfügung gestellt wird.

1028 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
1029 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

1030 **3.3 Dokumentation**

1031 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
1032 Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten
1033 Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

1034 **3.4 Mindestmengen**

1035 Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer
1036 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose
1037 behandeln.

1038 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
1039 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
1040 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
1041 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
1042 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

1043 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als
1044 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1045 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und
1046 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit
1047 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter
1048 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt
1049 werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung
1050 nachweisen oder

1051 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams
1052 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden
1053 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,
1054 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder
1055 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

1056 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die
1057 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten
1058 Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten
1059 Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier
1060 Quartalen, heranzuziehen.

1061 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

1062 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
1063 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von
1064 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
1065 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

1066 **4 Überweisungserfordernis**

1067 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
1068 behandelnden Vertragsarzt.

1069 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die
1070 Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

1071 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
1072 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
1073 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein

1074 Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach
1075 § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

1076 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

1077 **Präambel**

1078 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
1079 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
1080 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
1081 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
1082 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
1083 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
1084 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
1085 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
1086 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
1087 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
1088 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
1089 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
1090 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
1091 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
1092 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
1093 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
1094 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

1095 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
1096 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

1097 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
1098 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
1099 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

1100 Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin
1101 und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen
1102 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der
1103 Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt
1104 wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung
1105 und Genehmigung vorliegt.

1106 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
1107 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
1108 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

1109 [Appendix „urologische Tumoren“*](#)

1110

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

1111 **Tumorgruppe 4: Hauttumoren**

1112 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

1113 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
1114 mit Hauttumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese auf Grund der Ausprägung
1115 der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen.

1116 Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante
1117 Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie
1118 indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen
1119 Expertise oder Ausstattung bedarf.

1120 Ausgeschlossen sind eine alleinige oder adjuvante Strahlentherapie sowie lokale
1121 dermatologische Behandlungen, wie Operationen, Lasertherapie, photodynamische Therapie,
1122 Elektrodesikkation, Kürettage, Kryotherapie bei Basalzellkarzinomen (=Basaliomen) und
1123 Plattenepithelkarzinomen im Stadium NO, MO.

1124 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Sinne der Richtlinie zählen
1125 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1126 C43.- Bösartiges Melanom der Haut

1127 C44.- Sonstige bösartige Neubildungen der Haut

1128 C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum] (nicht HIV-
1129 assoziiert, und rein kutan)

1130 C51.- Bösartige Neubildung der Vulva (nur bei malignem Melanom)

1131 C60.- Bösartige Neubildung des Penis (nur bei malignem Melanom)

1132 C63.2 Bösartige Neubildung des Skrotums (nur bei malignen Melanomen)

1133 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

1134 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren im Sinne der Richtlinie zählen
1135 Patientinnen und Patienten mit primär kutanen Lymphomen gemäß der WHO
1136 EORTC-Klassifikation der kutanen Lymphome:

1137 C82.- Follikuläres Lymphom

1138 C83.- Nicht follikuläres Lymphom

1139 C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome

1140 C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms

1141 C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome

1142 C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten

1143 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

1144 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1145 **Diagnostik**

1146 - Anamnese inklusive Berufsanamnese

1147 - Bildgebende Verfahren (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische
1148 Untersuchungen)

1149 - Dermatoskopie

1150 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes

1151 - Histologische, zytologische und immunhistopathologische Untersuchungen

- 1152 - körperliche Untersuchung
- 1153 - Laboruntersuchungen
- 1154 - Punktionen, Biopsien (Probeexzision oder offene Biopsie)
- 1155 - Tumorstaging

1156 **Behandlung**

- 1157 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 1158 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 1159 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1160 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1161 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 1162 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 1163 - Einleitung einer Rehabilitation
- 1164 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 1165 - Medikamentöse Tumortherapien
- 1166 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge inklusive Planung von plastischen Rekonstruktionen
- 1167 - Physikalische Therapie
- 1168 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1169 - Photochemotherapie (PUVA)
- 1170 - Schmerztherapie
- 1171 - Strahlentherapie
- 1172 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 1173 - Transfusionen
- 1174 - Wundversorgung

1178 **Beratung**

- 1179 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1180 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1181 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1182 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- 1183 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1184 - zur Selbstinspektion
- 1185 - zu Sexualität und Familienplanung
- 1186 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

1188 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- 1189
- 1190 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
- 1191
- 1192
- 1193 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder
- 1194
- 1195 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
- 1196
- 1197 - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen RO-resektabel erscheinen
- 1198
- 1199 - PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven
- 1200

- 1201 Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und
 1202 Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- 1203 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen/Patienten mit Xeroderma
 1204 pigmentosum und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Hauttumor
 1205 zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- 1206 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei primär kutanen Lymphomen bei unklarem
 1207 Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines
 1208 systemischen Lymphoms mit Hautbefall
- 1209 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
 1210 Patienten mit Hauttumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der
 1211 Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 1212 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
 1213 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
 1214 Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 1215 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
 1216 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
 1217 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
 1218 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
 1219 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
 1220 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B.
 1221 Hospize, SAPV)
- 1222 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
 1223 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
 1224 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
 1225 insbesondere für die Überleitung der Patientin/des Patienten in die vertragsärztliche
 1226 Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 1227 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der
 1228 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1229 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu
 1230 beachten.

1231 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

1232 **3.1 Personelle Anforderungen**

1233 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren erfolgt durch ein
 1234 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

1235 **a) Teamleitung**

- 1236 - Haut- und Geschlechtskrankheiten oder
- 1237 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

1238 **b) Kernteam**

- 1239 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 1240 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1241 - Strahlentherapie

1242 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin
 1243 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere
 1244 Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen
 1245 bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme
 1246 an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der
 1247 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1248 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 1249 - Anästhesiologie
- 1250 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 1251 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 1252 - Innere Medizin und Kardiologie
- 1253 - Innere Medizin und Pneumologie
- 1254 - Laboratoriumsmedizin
- 1255 - Neurologie
- 1256 - Nuklearmedizin
- 1257 - Pathologie
- 1258 - Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- 1259 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 1260 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 1261 Psychotherapeut
- 1262 - Radiologie
- 1263 - Urologie
- 1264 - Viszeralchirurgie

1265 Für die Behandlung insbesondere von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren des
1266 Gesichtes, Kopfes oder Halses kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für
1267 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie als Teammitglied benannt werden.

1268 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die
1269 Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

1270 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

1271 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

1272 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
1273 Einrichtungen besteht:

- 1274 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
- 1275 besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und
- 1276 Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 1277 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 1278 – Physiotherapie
- 1279 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 1280 mit sozialen Beratungsangeboten

1281 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

1282 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
1283 einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

- 1284 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1285 – Haut- und Geschlechtskrankheiten

1286 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
1287 erforderliche bildgebende Diagnostik.

1288 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich
1289 anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die
1290 Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die
1291 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

1292 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit
1293 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-
1294 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied

- 1295 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten
 1296 Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind.
 1297 Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen.
 1298 Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu
 1299 dokumentieren.
- 1300 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen
 1301 wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen
 1302 darzulegen ist.
- 1303 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
- 1304 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen
 1305 und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine
 1306 Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
- 1307 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete
 1308 Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.
- 1309 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthapie
 1310 benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- 1311 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen
 1312 intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen
 1313 zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten
 1314 vorgehalten werden.
- 1315 k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen
 1316 Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur
 1317 Verfügung steht.
- 1318 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
 1319 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen
 1320 Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.
- 1321 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- 1322 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- 1323 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
 1324 Informationsmaterial (z. B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, wenn nicht
 1325 verfügbar: „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-
 1326 Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur
 1327 Verfügung gestellt wird.
- 1328 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
 1329 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

1330 **3.3 Dokumentation**

1331 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
 1332 Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten
 1333 Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

1334 **3.4 Mindestmengen**

1335 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1 Konkretisierung
 1336 der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

1337 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
 1338 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
 1339 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen

1340 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
1341 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

1342 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als
1343 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1344 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und
1345 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit
1346 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter
1347 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt
1348 werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung
1349 nachweisen oder

1350 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams
1351 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden
1352 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,
1353 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder
1354 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

1355 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die
1356 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten
1357 Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten
1358 Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier
1359 Quartalen, heranzuziehen.

1360 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

1361 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
1362 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von
1363 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
1364 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

1365 **4 Überweisungserfordernis**

1366 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
1367 behandelnden Vertragsarzt.

1368 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die
1369 Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

1370 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
1371 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
1372 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
1373 Überweisungserfordernis.

1374 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V
1375 muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

1376 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

1377 **Präambel**

1378 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
1379 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
1380 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
1381 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
1382 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
1383 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
1384 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
1385 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des

- 1386 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
1387 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
1388 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
1389 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
1390 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
1391 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
1392 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
1393 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
1394 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.
- 1395 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
1396 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).
- 1397 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
1398 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
1399 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.
- 1400 Die unter „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere
1401 Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin,
1402 denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im
1403 Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen
1404 Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die
1405 entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.
- 1406 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
1407 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
1408 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.
- 1409 [Appendix „Hauttumoren“*](#)

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

1410 **Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax**

1411 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

1412 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
1413 mit Tumoren der Lunge und des Thorax ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei denen
1414 entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine
1415 Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer
1416 interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder
1417 Ausstattung bedarf.

1418 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax im Sinne
1419 der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1420 C33 Bösartige Neubildung der Trachea

1421 C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

1422 C37.- Bösartige Neubildung des Thymus

1423 C38.- Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura

1424 C39.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des
1425 Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe

1426 C45.0 Mesotheliom der Pleura

1427 C45.2 Mesotheliom des Perikards

1428 C47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems,
1429 Periphere Nerven des Thorax

1430 C49.3 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe,
1431 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax

1432 C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen,
1433 Glomus aorticum und sonstige Paraganglien

1434 C76.1 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Thorax

1435 C76.8 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Sonstige
1436 und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

1437 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

1438 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1439 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1440 **Diagnostik**

1441 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
1442 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik

1443 - Anamnese inklusive Berufsanamnese

1444 - bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer
1445 Verfahren, Röntgen, CT, MRT, Kardio-MRT bei Herztumoren, nuklearmedizinische
1446 Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei Lungenkarzinom/Lungenrundherden)

1447 - Diagnostik paraneoplastischer Syndrome (PNS)

1448 - Endoskopie des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich
1449 Punktionen und interventioneller Verfahren)

1450 - Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen

1451 - körperliche Untersuchung

- 1452 - Laboruntersuchungen
- 1453 - Lungenfunktionsprüfung
- 1454 - Punktionen, Biopsien (zum Beispiel der Pleura oder der Lunge)
- 1455 - Tumorstaging

1456 **Behandlung**

- 1457 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 1458 - Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 1459 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- 1460
- 1461 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1462 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1463 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- 1464
- 1465 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 1466 - Einleitung einer Rehabilitation
- 1467 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 1468 - Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 1469 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 1470 - Physikalische Therapie
- 1471 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1472 - Schmerztherapie
- 1473 - Strahlentherapie
- 1474 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 1475 - Transfusionen
- 1476 - Wundversorgung

1477 **Beratung**

- 1478 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1479 - zur Ernährung
- 1480 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1481 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1482 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 1483
- 1484 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1485 - Sexualität und Familienplanung
- 1486 - zur Tabakentwöhnung
- 1487 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

1488 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
 1489 (EBM) sind:

- 1490 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei neuroendokrinen Tumoren oder auch mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei bösartigen Neubildungen der thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- 1491
- 1492
- 1493
- 1494
- 1495 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- 1496
- 1497
- 1498 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik
- 1499
- 1500

- 1501 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums
 1502 oder der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung
 1503 oder zur Rezidivdiagnostik
- 1504 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen
 1505 Binde- und Weichteilgewebes (zum Beispiel Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor
 1506 einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- 1507 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
 1508 Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer Therapie
 1509 (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-
 1510 Ärzte])
- 1511 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
 1512 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
 1513 Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 1514 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
 1515 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
 1516 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
 1517 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
 1518 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
 1519 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum
 1520 Beispiel Hospize, SAPV)
- 1521 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
 1522 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
 1523 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
 1524 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder
 1525 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 1526 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der
 1527 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 1528 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu
 1529 beachten.

1530 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

1531 **3.1 Personelle Anforderungen**

1532 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax erfolgt
 1533 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

1534 **a) Teamleitung**

- 1535 - Innere Medizin und Pneumologie oder
 1536 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
 1537 - Thoraxchirurgie

1538 **b) Kernteam**

- 1539 - Innere Medizin und Pneumologie
 1540 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 1541 - Strahlentherapie
 1542 - Thoraxchirurgie

1543 Bei Herztumoren zusätzlich:

- 1544 - Herzchirurgie
 1545 - Innere Medizin und Kardiologie

1546 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin
 1547 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere
 1548 Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen

1549 bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme
1550 an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der
1551 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1552 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 1553 - Anästhesiologie
- 1554 - Innere Medizin und Angiologie oder Gefäßchirurgie
- 1555 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 1556 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 1557 - Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- 1558 - Laboratoriumsmedizin
- 1559 - Neurochirurgie
- 1560 - Neurologie
- 1561 - Nuklearmedizin
- 1562 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 1563 - Pathologie
- 1564 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 1565 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 1566 Psychotherapeut
- 1567 - Radiologie
- 1568 - Viszeralchirurgie

1569 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die
1570 Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

1571 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

1572 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

1573 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
1574 Einrichtungen besteht:

- 1575 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
- 1576 besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und
- 1577 Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 1578 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 1579 – Physiotherapie
- 1580 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare
- 1581 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

1582 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

1583 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
1584 einer oder einem der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht:

- 1585 – Innere Medizin und Pneumologie
- 1586 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1587 – Thoraxchirurgie

1588 Bei Herztumoren alternativ

- 1589 – Innere Medizin und Kardiologie oder
- 1590 – Herzchirurgie

1591 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
1592 erforderliche bildgebende Diagnostik.

1593 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich
1594 anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die

- 1595 Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die
1596 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- 1597 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit
1598 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-
1599 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied
1600 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten
1601 Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind.
1602 Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen.
1603 Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu
1604 dokumentieren.
- 1605 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen
1606 wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen
1607 darzulegen ist.
- 1608 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
- 1609 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen
1610 und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine
1611 Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
- 1612 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete
1613 Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.
- 1614 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie
1615 benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- 1616 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen
1617 intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen
1618 zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten
1619 vorgehalten werden.
- 1620 k) eine Mikrobiologie zur Verfügung steht.
- 1621 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
1622 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen
1623 Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.
- 1624 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- 1625 n) Stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- 1626 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
1627 Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder,
1628 wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der
1629 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen
1630 zur Verfügung gestellt wird.
- 1631 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
1632 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

1633 3.3 Dokumentation

1634 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
1635 Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten
1636 Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

1637 **3.4 Mindestmengen**

1638 Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen oder Patienten der in Nummer
1639 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose
1640 behandeln.

1641 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
1642 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
1643 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
1644 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
1645 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

1646 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als
1647 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1648 Mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und
1649 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit
1650 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin oder Arzt, darunter
1651 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt
1652 werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung
1653 nachweisen oder

1654 mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams
1655 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden
1656 Neoplasien pro Quartal und Ärztin oder Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,
1657 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder
1658 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

1659 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 oder 80/60/20) ist die
1660 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten
1661 Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten
1662 Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier
1663 Quartalen heranzuziehen.

1664 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

1665 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
1666 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von
1667 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
1668 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

1669 **4 Überweisungserfordernis**

1670 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
1671 behandelnden Vertragsarzt.

1672 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die
1673 Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

1674 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
1675 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
1676 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
1677 Überweisungserfordernis.

1678 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss
1679 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

1680 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

1681 Präambel

1682 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
1683 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
1684 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
1685 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
1686 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
1687 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
1688 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
1689 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
1690 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
1691 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
1692 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
1693 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
1694 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
1695 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
1696 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
1697 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
1698 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

1699 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
1700 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

1701 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
1702 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
1703 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

1704 Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für
1705 Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere
1706 Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung
1707 im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen
1708 Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die
1709 entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.

1710 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
1711 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
1712 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

1713 [Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“*](#)

1714

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

1715 **Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren**

1716 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

1717 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
1718 mit Kopf- oder Halstumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als
1719 Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie
1720 und/oder systemische medikamentöse Tumorthherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären
1721 oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

1722 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren im Sinne der
1723 Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

1724 C00.- Bösartige Neubildung der Lippe

1725 C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes

1726 C02.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge

1727 C03.- Bösartige Neubildung des Zahnfleisches

1728 C04.- Bösartige Neubildung des Mundbodens

1729 C05.- Bösartige Neubildung des Gaumens

1730 C06.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes

1731 C07 Bösartige Neubildung der Parotis

1732 C08.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen

1733 C09.- Bösartige Neubildung der Tonsille

1734 C10.- Bösartige Neubildung des Oropharynx

1735 C11.- Bösartige Neubildung des Nasopharynx

1736 C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis

1737 C13.- Bösartige Neubildung des Hypopharynx

1738 C14.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe,
1739 der Mundhöhle und des Pharynx

1740 C30.- Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres

1741 C31.- Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen

1742 C32.- Bösartige Neubildung des Larynx

1743 C41.0- Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels

1744 C43.0 Bösartiges Melanom der Lippe

1745 C43.2 Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges

1746 C43.3 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes

1747 C43.4 Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses

1748 C44.0 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Lippenhaut

1749 C44.1 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Augenlides, einschließlich
1750 Kanthus

1751 C44.2 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Ohres und des äußeren
1752 Gehörganges

- 1753 C44.3 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher
1754 bezeichneter Teile des Gesichtes
- 1755 C44.4 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses
- 1756 C46.0 Kaposi-Sarkom der Haut
- 1757 C46.1 Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
- 1758 C46.2 Kaposi-Sarkom des Gaumens
- 1759 C46.3 Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
- 1760 C47.0 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des
1761 Halses
- 1762 C47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:
1763 Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- 1764 C49.0 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe:
1765 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
- 1766 C49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe:
1767 Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- 1768 C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse
- 1769 C75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
1770 Nebenschilddrüse
- 1771 C75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
1772 Glomus caroticum
- 1773 C75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:
1774 Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- 1775 C76.0 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Hals,
1776 Gesicht
- 1777 C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

1778 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1779 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1780 **Diagnostik**

- 1781 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
1782 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 1783 - Anamnese inklusive Berufsanamnese
- 1784 - Audiometrie
- 1785 - bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer
1786 Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET;
1787 PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder unbekanntem
1788 Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs und bei Larynxkarzinom)
- 1789 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen nach HNO-Tumor
- 1790 - Endoskopie des Nasenrachenraumes, Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes
1791 (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- 1792 - Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 1793 - körperliche Untersuchung
- 1794 - Laboruntersuchungen
- 1795 - Lungenfunktionsprüfung
- 1796 - Punktionen, Biopsien

1797 - Tumorstaging

1798 **Behandlung**

- 1799 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 1800 - Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 1801 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 1802 Eingriffen
- 1803 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1804 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1805 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1806 Behandlungsfolgen
- 1807 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 1808 - Einleitung einer Rehabilitation
- 1809 - Ernährungstherapie bei Schluckstörungen, soweit im EBM abgebildet
- 1810 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 1811 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 1812 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 1813 - perkutane Gastrostomie
- 1814 - Physikalische Therapie
- 1815 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1816 - Schmerztherapie
- 1817 - Stimmprüfung
- 1818 - Strahlentherapie
- 1819 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 1820 - Transfusionen
- 1821 - Wundversorgung

1822 **Beratung**

- 1823 - und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- 1824 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1825 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch inklusive Umgang mit Hilfsmitteln zur
- 1826 Sprachbildung, Kaufunktionelle Maßnahmen
- 1827 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1828 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum
- 1829 Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 1830 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1831 - zur Alkohol- und Tabakentwöhnung
- 1832 - zur Ernährung
- 1833 - zu Sexualität und Familienplanung
- 1834 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

1835 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
1836 (EBM) sind:

- 1837 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Kopf-
- 1838 Hals-Tumoren
- 1839 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokalthherapie oder vor
- 1840 funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation)
- 1841 sofern die konventionelle Diagnostik (unter anderem CT und/oder MRT) von
- 1842 Kopf/Hals, Thorax und Abdomen abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht
- 1843 nachgewiesen wurden
- 1844 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT,
- 1845 MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und
- 1846 für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokalthherapie empfohlen wird

- 1847 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit
1848 Schilddrüsenkarzinom und
- 1849 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
1850 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,
1851 zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv,
1852 Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem
1853 Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten
- 1854 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit malignem
1855 Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der
1856 Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
- 1857 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie
1858 geplant ist, und/oder
- 1859 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte,
1860 metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
- 1861 - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren
1862 Fernmetastasen RO-resektabel erscheinen
- 1863 - PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Patientinnen und
1864 Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit
1865 radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-
1866 Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- 1867 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder
1868 F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Paragangliomen zur
1869 Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur
1870 Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer
1871 Therapie
- 1872 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
1873 Patienten mit Tumoren des Kopfs oder Hals unter tumorspezifischer Therapie
1874 (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-
1875 Ärzte))
- 1876 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
1877 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
1878 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1879 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
1880 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
1881 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
1882 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
1883 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
1884 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum
1885 Beispiel Hospize, SAPV)
- 1886 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
1887 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
1888 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
1889 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder
1890 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 1891 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der
1892 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1893 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu
1894 beachten.

1895 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

1896 **3.1 Personelle Anforderungen**

1897 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren erfolgt durch ein
1898 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

1899 **a) Teamleitung**

- 1900 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder
- 1901 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 1902 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder
- 1903 - Strahlentherapie

1904 Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:

- 1905 - Viszeralchirurgie oder
- 1906 - Nuklearmedizin

1907 **b) Kernteam**

- 1908 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 1909 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 1910 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- 1911 - Strahlentherapie

1912 Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:

- 1913 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 1914 - Viszeralchirurgie und
- 1915 - Nuklearmedizin

1916 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin
1917 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere
1918 Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen
1919 bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme
1920 an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der
1921 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1922 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 1923 - Anästhesiologie
- 1924 - Augenheilkunde
- 1925 - Gefäßchirurgie
- 1926 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 1927 - Humangenetik, nur in Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im
1928 Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich
- 1929 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 1930 - Innere Medizin und Kardiologie
- 1931 - Innere Medizin und Pneumologie
- 1932 - Laboratoriumsmedizin
- 1933 - Neurochirurgie
- 1934 - Neurologie
- 1935 - Nuklearmedizin
- 1936 - Pathologie
- 1937 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
1938 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
1939 Psychotherapeut
- 1940 - Radiologie

1941 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-
1942 Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

1943 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

1944 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

1945 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
1946 Einrichtungen besteht:

1947 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
1948 besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und
1949 Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)

1950 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

1951 – Physiotherapie

1952 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare
1953 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

1954 – Logopädie

1955 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

1956 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
1957 einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:

1958 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

1959 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

1960 – Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

1961 Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:

1962 – Viszeralchirurgie

1963 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
1964 erforderliche bildgebende Diagnostik.

1965 c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich
1966 anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die
1967 Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die
1968 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

1969 d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit
1970 einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär-
1971 oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied
1972 des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten
1973 Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind.
1974 Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen.
1975 Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu
1976 dokumentieren.

1977 e) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen
1978 wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen
1979 darzulegen ist,

1980 f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,

1981 g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen
1982 und transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine
1983 Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,

1984 h) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete
1985 Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

- 1986 i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie
1987 benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- 1988 j) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen
1989 intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen
1990 zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten
1991 vorgehalten werden,
- 1992 k) eine Mikrobiologie,
- 1993 l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
1994 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen
1995 Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden,
- 1996 m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 1997 n) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 1998 o) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches
1999 Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe,
2000 Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und
2001 Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird,
- 2002 p) eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend
2003 den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

2004 **3.3 Dokumentation**

2005 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
2006 Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten
2007 Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

2008 **3.4 Mindestmengen**

2009 Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen und Patienten der in Nummer „1
2010 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose
2011 behandeln.

2012 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
2013 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
2014 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
2015 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
2016 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

2017 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als
2018 zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

2019 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und
2020 Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit
2021 soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter
2022 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt
2023 werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung
2024 nachweisen oder

2025 mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams
2026 muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden
2027 Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 60 Patientinnen und Patienten,
2028 die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder
2029 intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

2030 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die
2031 Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten

2032 Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten
2033 Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier
2034 Quartalen, heranzuziehen.

2035 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2036 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
2037 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von
2038 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.

2039 Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um
2040 50 Prozent unterschritten werden.

2041 **4 Überweisungserfordernis**

2042 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
2043 behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich
2044 und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin
2045 gegeben sind.

2046 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
2047 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
2048 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein
2049 Überweisungserfordernis.

2050 Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss
2051 eine gesicherte Diagnose vorliegen.

2052 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

2053 **Präambel**

2054 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
2055 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
2056 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
2057 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
2058 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
2059 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
2060 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
2061 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
2062 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2063 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
2064 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
2065 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
2066 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2067 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
2068 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
2069 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
2070 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

2071 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
2072 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

2073 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
2074 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
2075 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

2076 Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin
2077 und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen
2078 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der

2079 Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt
2080 wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung
2081 und Genehmigung vorliegt. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame
2082 Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise
2083 des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

2084 [Appendix „Kopf- oder Halstumoren“*](#)

2085

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

2086 **b) rheumatologische Erkrankungen**

2087 **Teil 1: Erwachsene**

2088 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2089 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik von Patientinnen und Patienten ab dem
2090 vollendeten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer
2091 rheumatologischen Erkrankung sowie deren Behandlung, wenn diese aufgrund der
2092 Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine
2093 besondere Expertise oder Ausstattung benötigen.

2094 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne
2095 der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- 2096 D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
- 2097 D68.6 Sonstige Thrombophilien
- 2098 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- 2099 D69.0 Purpura anaphylactoides
- 2100 D86.0 Sarkoidose der Lunge
- 2101 D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- 2102 D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- 2103 D86.3 Sarkoidose der Haut
- 2104 D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*
- 2105 D89.1 Kryoglobulinämie
- 2106 E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- 2107 H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- 2108 I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- 2109 I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- 2110 M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)
- 2111 M02.1- Postenteritische Arthritis
- 2112 M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- 2113 M05.- Seropositive chronische Polyarthritiden
- 2114 M06.0- Seronegative chronische Polyarthritiden
- 2115 M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- 2116 M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
- 2117 M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)
- 2118 M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)
- 2119 M08.- Juvenile Arthritis
- 2120 M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- 2121 M11.- sonstige Kristall-Arthropathien
- 2122 M13.- Sonstige Arthritis

- 2123 M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten
2124 Krankheiten in Verbindung mit D86.8
- 2125 M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
- 2126 M31.3 Wegener-Granulomatose
- 2127 M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- 2128 M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
- 2129 M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis
- 2130 M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- 2131 M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- 2132 M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- 2133 M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- 2134 M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- 2135 M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- 2136 M33.2 Polymyositis
- 2137 M34.- Systemische Sklerose
- 2138 M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- 2139 M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- 2140 M35.2 Behçet-Krankheit
- 2141 M35.3 Polymyalgia rheumatica
- 2142 M35.4 Eosinophile Fasziitis
- 2143 M35.6 Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]
- 2144 M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- 2145 M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- 2146 M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48⁺)
- 2147 M45.0- Spondylitis ankylosans
- 2148 M46.8 Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien
- 2149 M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- 2150 M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis
- 2151 M94.1 Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis]
- 2152 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)
- 2153 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:
- 2154 **Diagnostik**
- 2155 - Allgemeine (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle
2156 Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie,
2157 Herzkatheteruntersuchung)
- 2158 - Anamnese
- 2159 - Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z. B. Augendruckbestimmung,
2160 Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung,
2161 Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)

- 2162 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angiographie,
- 2163 Osteodensitometrie)
- 2164 - Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- 2165 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 2166 - HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie, Endoskopie der Nasennebenhöhlen)
- 2167 - Humangenetische Untersuchungen
- 2168 - Intracutantest (Tuberkulintest)
- 2169 - Kapillarmikroskopie
- 2170 - Körperliche Untersuchung
- 2171 - Laboruntersuchungen (z. B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse)
- 2172 einschließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörperbestimmung, humorale
- 2173 und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- 2174 - Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 2175 Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- 2176 - Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG)
- 2177 - Nierenfunktionsdiagnostik
- 2178 - Pulmonale Funktionsdiagnostik

2179 **Behandlung**

- 2180 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 2181 - Behandlung in Notfallsituationen
- 2182 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 2183 Behandlungsfolgen
- 2184 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 2185 - Einleitung der Rehabilitation
- 2186 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 2187 - Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- 2188 - Physikalische Therapie
- 2189 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 2190 - Radiosynoviorthesen
- 2191 - Schmerztherapie
- 2192 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 2193 - Transfusion von Blutkomponenten
- 2194 - UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

2195 **Beratung**

- 2196 - zu Diagnostik und Behandlung
 - 2197 - zur Ernährung
 - 2198 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
 - 2199 - zu humangenetischen Fragestellungen
 - 2200 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
 - 2201 - zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
 - 2202 - zu Rehabilitationsangeboten
 - 2203 - zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
 - 2204 - zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines
 - 2205 Notfallausweises ergänzt werden
 - 2206 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 2207 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs
- 2208 (EBM) sind:
- 2209 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht
 - 2210 auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer

2211 Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer
2212 Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz

2213 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

2214 **3.1 Personelle Anforderungen**

2215 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt
2216 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.

2217 **a) Teamleitung**

2218 - Innere Medizin und Rheumatologie

2219 **b) Kernteam**

2220 - Innere Medizin und Rheumatologie

2221 - Haut- und Geschlechtskrankheiten

2222 - Innere Medizin und Nephrologie

2223 - Innere Medizin und Pneumologie

2224 - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

2225 Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit
2226 Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem
2227 für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

2228 - kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder

2229 - dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens
2230 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur
2231 Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit
2232 Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

2233 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

2234 - Augenheilkunde

2235 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

2236 - Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung
2237 bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber

2238 - Innere Medizin und Angiologie

2239 - Innere Medizin und Gastroenterologie

2240 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

2241 - Innere Medizin und Kardiologie

2242 - Laboratoriumsmedizin

2243 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

2244 - Neurologie

2245 - Nuklearmedizin

2246 - Pathologie

2247 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
2248 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
2249 Psychotherapeut

2250 - Radiologie

2251 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

2252 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

2253 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
2254 Einrichtungen besteht:

2255 - Physiotherapie

- 2256 – Ergotherapie
- 2257 – Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
- 2258 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
- 2259 mit sozialen Beratungsangeboten

2260 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

2261 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des
2262 jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem
2263 Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt,
2264 besteht. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich
2265 zu nennen.

2266 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
2267 erforderliche bildgebende Diagnostik.

2268 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

2269 d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und
2270 zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

2271 3.3 Dokumentation

2272 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
2273 Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen
2274 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

2275 3.4 Mindestmengen

2276 Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen und Patienten der in Nummer
2277 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose
2278 behandeln.

2279 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
2280 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
2281 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
2282 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
2283 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

2284 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2285 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
2286 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von
2287 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
2288 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

2289 4 Überweisungserfordernis

2290 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
2291 behandelnden Vertragsarzt.

2292 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die
2293 Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

2294 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
2295 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
2296 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
2297 Überweisungserfordernis.

2298 Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese
2299 Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss
2300 eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:

- 2301 1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke
 2302 (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende
 2303 Gelenksteife),
- 2304 2. Körperlicher Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre
 2305 Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
- 2306 3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische
 2307 Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und
- 2308 4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).
- 2309 Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte
 2310 Diagnose überführt sein.

2311 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

2312 **Präambel**

- 2313 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
 2314 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
 2315 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
 2316 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
 2317 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
 2318 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
 2319 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
 2320 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
 2321 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
 2322 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
 2323 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
 2324 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
 2325 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
 2326 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
 2327 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
 2328 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
 2329 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.
- 2330 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
 2331 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).
- 2332 Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu rheumatologischen Speziallaborleistungen.
- 2333 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
 2334 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
 2335 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.
- 2336 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
 2337 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
 2338 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.
- 2339 [Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“*](#)

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

2340 **Teil 2: Kinder und Jugendliche**

2341 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2342 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
2343 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen
2344 rheumatologischer Erkrankungen.

2345 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne
2346 der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

2347 D68.6 Sonstige Thrombophilien

2348 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

2349 D69.0 Purpura anaphylactoides

2350 D86.0 Sarkoidose der Lunge

2351 D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten

2352 D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten

2353 D86.3 Sarkoidose der Haut

2354 D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-*

2355 E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose

2356 H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet

2357 I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung

2358 I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

2359 L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme

2360 M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)

2361 M02.1- Postenteritische Arthritis

2362 M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

2363 M05.- Seropositive chronische Polyarthritiden

2364 M06.0- Seronegative chronische Polyarthritiden

2365 M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit

2366 M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)

2367 M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†)

2368 M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)

2369 M08.- Juvenile Arthritis

2370 M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

2371 M13.- Sonstige Arthritis

2372 M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten
2373 Krankheiten in Verbindung mit D86.8

2374 M30.0 Panarteriitis nodosa

2375 M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung

- 2376 M30.2 Juvenile Panarteriitis
- 2377 M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]
- 2378 M31.3 Wegener-Granulomatose
- 2379 M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- 2380 M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- 2381 M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- 2382 M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- 2383 M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- 2384 M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- 2385 M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- 2386 M33.2 Polymyositis
- 2387 M34.- Systemische Sklerose
- 2388 M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- 2389 M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- 2390 M35.2 Behçet-Krankheit
- 2391 M35.4 Eosinophile Fasziitis
- 2392 M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- 2393 M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- 2394 M45.0- Spondylitis ankylosans
- 2395 M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- 2396 M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis
- 2397 **2 Behandlungsumfang**
- 2398 Es gilt der im Teil 1 Erwachsene geregelte Behandlungsumfang, soweit diese Prozeduren bei
- 2399 Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.
- 2400 Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum
- 2401 Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.
- 2402 Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:
- 2403 - Humangenetische Untersuchungen
- 2404 - Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen
- 2405 Integration.
- 2406 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 2407 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 2408 Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt
- 2409 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-Richtlinie.
- 2410 **a) Teamleitung**
- 2411 - Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
- 2412 Jugend-Rheumatologie

2413 **b) Kernteam**

- 2414 - Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
2415 Rheumatologie
 - 2416 - Augenheilkunde
 - 2417 - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie
- 2418 Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit
2419 Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem
2420 für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich
- 2421 - kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
 - 2422 - dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens
2423 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur
2424 Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit
2425 Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

2426 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 2427 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 2428 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 2429 - Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung
2430 bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom
- 2431 - Innere Medizin und Angiologie
- 2432 - Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit
2433 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- 2434 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit
2435 Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- 2436 - Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-
2437 Kardiologie
- 2438 - Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit
2439 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie
- 2440 - Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit
2441 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- 2442 - Laboratoriumsmedizin
- 2443 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- 2444 - Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- 2445 - Pathologie
- 2446 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
2447 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
2448 Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder-
2449 und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- 2450 - Radiologie

2451 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

2452 Es gelten die im Teil 1 Erwachsene geregelten Anforderungen.

2453 Abweichend von Teil 1 Erwachsene ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur
2454 Sorge zu tragen, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer
2455 Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine
2456 Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung
2457 ist der Patientin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.

2458 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche
2459 bildgebende Diagnostik.

2460 **3.3 Dokumentation**

2461 Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
2462 Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen
2463 einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.

2464 **3.4 Mindestmengen**

2465 Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

2466 **4 Überweisungserfordernis**

2467 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
2468 behandelnden Vertragsarzt.

2469 Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

2470 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
2471 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
2472 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
2473 Überweisungserfordernis.

2474 Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch
2475 innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

2476 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

2477 **Präambel**

2478 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
2479 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
2480 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
2481 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
2482 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
2483 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
2484 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 u Änderungen des
2485 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
2486 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2487 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
2488 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
2489 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
2490 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2491 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
2492 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
2493 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
2494 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

2495 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
2496 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
2497 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

2498 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
2499 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
2500 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

2501 [Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“*](#)

2502

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

2503 **Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen**
2504 **Krankheitsverläufen**

2505 **Anlage 2** **Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen**
2506 **Fallzahlen**

2507 **a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose**

2508 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2509 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und die Behandlung von Patientinnen und
2510 Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose.

2511 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose
2512 im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

2513 A15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder
2514 histologisch gesichert

2515 A16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch
2516 histologisch gesichert

2517 A17.- Tuberkulose des Nervensystems

2518 A18.- Tuberkulose sonstiger Organe

2519 A19.- Miliartuberkulose

2520 A31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien

2521 sowie Z20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die
2522 Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher
2523 Chemoprophylaxe/Chemoprävention

2524 sowie Z22.7 Latente Tuberkulose bei gegebenenfalls erforderlicher
2525 Chemoprophylaxe/Chemoprävention.

2526 **2 Behandlungsumfang**

2527 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

2528 **Diagnostik**

2529 - Anamnese

2530 - Körperliche Untersuchung

2531 - Punktionen, Biopsien

2532 - Laboruntersuchungen (z. B. phänotypische Resistenztestung, ausgewählte
2533 molekularbiologische Schnellresistenztestverfahren, Kontrolle von
2534 Medikamentenspiegel)

2535 - Blutgasanalyse

2536 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG-Untersuchungen)

2537 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT-/MRT-Untersuchungen,
2538 Sonographie)

2539 - Tuberkulintest

2540 - Lungenfunktionsmessungen

2541 - Endoskopie des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes, des Urogenitaltraktes
2542 einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. laryngoskopische und bronchoskopische
2543 Untersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, Urethrozystoskopie)

2544 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Prüfung des Farbsinns, Funduskopie)

2545 - HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Hörschwellenbestimmung,
2546 Tonschwellenaudiometrie, Sprachaudiometrie)

2547 - Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen
2548 Materials

2549 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten

- 2550 - Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo
2551 Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik

2552 **Behandlung**

- 2553 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
2554 - Medikamentöse Therapien, inklusive Infusionstherapie und ggf. kontrollierte
2555 Medikamenteneinnahme (inklusive DOTS=directly observed treatment short course)
2556 - Chemoprophylaxe/Chemoprävention
2557 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
2558 Behandlungsfolgen
2559 - Schmerztherapie
2560 - Behandlung in Notfallsituationen
2561 - Punktion und Drainagetherapie
2562 - Transfusionen
2563 - Wundversorgung
2564 - Kleinchirurgische Eingriffe
2565 - Anlage von fixierenden Verbänden
2566 - Bougierung der Harnröhre
2567 - Einlage von Schienenkathetern
2568 - Einlage von Blasenkathetern
2569 - Physikalische Therapie inklusive Inhalationstherapie
2570 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
2571 - Einleitung der Rehabilitation

2572 **Beratung**

- 2573 - zu Diagnostik und Behandlung
2574 - zu Infektionsschutzmaßnahmen
2575 - zu Medikamentengabe, Nebenwirkungen und Resistenzen
2576 - zu sozialen Beratungsangeboten, auch zu Angeboten des Öffentlichen
2577 Gesundheitsdienstes (ÖGD)
2578 - zu Rehabilitationsangeboten
2579 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
2580 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch

2581 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

2582 **3.1 Personelle Anforderungen**

2583 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose oder atypischer
2584 Mykobakteriose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

2585 **a) Teamleitung**

- 2586 - Innere Medizin und Pneumologie oder
2587 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

2588 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
2589 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
2590 Pneumologie benannt werden.

2591 **b) Kernteam**

- 2592 - Sofern Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie:
2593 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder
2594 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

- 2595 - Sofern Teamleitung Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie:
- 2596 - Innere Medizin und Pneumologie
- 2597 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 2598 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
 2599 Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und
 2600 Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder
 2601 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
- 2602 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 2603 - Augenheilkunde
 2604 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 2605 - Innere Medizin und Gastroenterologie
 2606 - Urologie
 2607 - Orthopädie und Unfallchirurgie
 2608 - Neurologie
 2609 - Pathologie
 2610 - Laboratoriumsmedizin und
 2611 - Radiologie
- 2612 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein
 2613 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
 2614 Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und
 2615 Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.
- 2616 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**
- 2617 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass
- 2618 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
 2619 Einrichtungen besteht:
- 2620 - Physiotherapie
 2621 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
 2622 mit sozialen Beratungsangeboten
- 2623 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 2624 b) Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS-
 2625 Behandlung bestehen,
- 2626 c) eine räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose
 2627 bzw. nachgewiesener Multiresistenz gewährleistet ist.
- 2628 **3.3 Dokumentation**
- 2629 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
 2630 Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des
 2631 Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.
- 2632 **3.4 Mindestmengen**
- 2633 Das Kernteam muss mindestens 20 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer
 2634 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
 2635 gesicherter Diagnose behandeln.
- 2636 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
 2637 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
 2638 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen

2639 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
2640 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

2641 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2642 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
2643 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
2644 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
2645 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

2646 **4 Überweisungserfordernis**

2647 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
2648 behandelnden Vertragsarzt. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich.
2649 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
2650 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
2651 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
2652 Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose
2653 oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.

2654 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

2655 **Präambel**

2656 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
2657 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
2658 Versorgung nach § 116b SGB V (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
2659 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
2660 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
2661 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
2662 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
2663 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
2664 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2665 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
2666 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
2667 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
2668 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2669 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
2670 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
2671 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
2672 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

2673 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
2674 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
2675 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

2676 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
2677 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
2678 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

2679 [Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“*](#)

2680

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

2681 **b) Mukoviszidose**

2682 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2683 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
2684 mit Mukoviszidose.

2685 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose im Sinne der Richtlinie zählen
2686 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

2687 E84.- Zystische Fibrose

2688 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

2689 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

2690 **Diagnostik**

- 2691 - Allergiediagnostik (z. B. Intracutantest)
- 2692 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
2693 (z. B. Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- 2694 - Anamnese
- 2695 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT,
2696 Osteodensitometrie)
- 2697 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. ERCP), des Respirationstraktes (z. B.
2698 Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage) und der Nasennebenhöhlen
- 2699 - Makroskopische und mikroskopische Untersuchung bei einer Patientin und bei einem
2700 Patienten entnommenen Materials
- 2701 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 2702 - HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Audiometrie)
- 2703 - Humangenetische Untersuchungen
- 2704 - Körperliche Untersuchung
- 2705 - Laboruntersuchungen (z. B. Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz)
- 2706 - Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 2707 - Schweißtest
- 2708 - Tuberkulintest

2709 **Behandlung**

- 2710 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 2711 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 2712 - Behandlung in Notfallsituationen
- 2713 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
2714 Behandlungsfolgen
- 2715 - Einleitung der Rehabilitation
- 2716 - Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- 2717 - Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- 2718 - Physikalische Therapie
- 2719 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 2720 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

2721 **Beratung**

- 2722 - zu Diagnostik und Behandlung
- 2723 - zu Ernährung

- 2724 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 2725 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 2726 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 2727 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 2728 - zu Rehabilitationsangeboten
- 2729 - zu Sexualität und Familienplanung
- 2730 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 2731 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 2732 - zu Verhalten in Notfallsituationen; die Information kann z. B. mittels eines
- 2733 Notfallausweises erfolgen
- 2734 - zur Prävention von Infektionen und zur Besiedlung mit pathogenen Keimen (z. B. PSAE,
- 2735 MRSA, Cepacia-Komplex; Aspergillen)

- 2736 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

- 2737 **3.1 Personelle Anforderungen**

- 2738 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose erfolgt durch ein
- 2739 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

- 2740 **a) Teamleitung**

- 2741 - Innere Medizin und Pneumologie

- 2742 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
- 2743 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
- 2744 Jugend-Pneumologie benannt werden.

- 2745 **b) Kernteam**

- 2746 - Innere Medizin und Pneumologie
- 2747 - Innere Medizin und Gastroenterologie

- 2748 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
- 2749 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
- 2750 Jugend-Pneumologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 2751 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine
- 2752 Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten
- 2753 Zusatz-Weiterbildungen verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
- 2754 Jugendmedizin zu benennen.

- 2755 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 2756 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2757 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 2758 - Humangenetik
- 2759 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 2760 - Innere Medizin und Kardiologie
- 2761 - Laboratoriumsmedizin
- 2762 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- 2763 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 2764 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 2765 Psychotherapeut
- 2766 - Pathologie
- 2767 - Radiologie
- 2768 - Urologie

- 2769 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein
- 2770 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-

2771 Endokrinologie und -Diabetologie oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und
2772 Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. ein
2773 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
2774 Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als
2775 Teammitglied benannt werden.

2776 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

2777 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:

2778 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
2779 Einrichtungen besteht:

2780 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
2781 mit sozialen Beratungsangeboten

2782 – Physiotherapie

2783 – Ernährungstherapie

2784 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

2785 b) eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen
2786 Keimbesiedelungen gewährleistet ist.

2787 **3.3 Dokumentation**

2788 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
2789 Mukoviszidose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
2790 Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

2791 **3.4 Mindestmengen**

2792 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer
2793 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
2794 gesicherter Diagnose behandeln.

2795 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
2796 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
2797 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
2798 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
2799 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

2800 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2801 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
2802 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
2803 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
2804 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

2805 **4 Überweisungserfordernis**

2806 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
2807 behandelnden Vertragsarzt.

2808 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
2809 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
2810 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
2811 Überweisungserfordernis.

2812 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

2813 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

2814 Präambel

2815 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
2816 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
2817 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
2818 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
2819 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
2820 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
2821 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
2822 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
2823 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2824 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
2825 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
2826 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
2827 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
2828 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
2829 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
2830 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
2831 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

2832 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
2833 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
2834 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

2835 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
2836 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
2837 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

2838 [Appendix „Mukoviszidose“*](#)

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

2839 **c) Hämophilie**

2840 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

2841 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
2842 mit Hämophilie.

2843 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie im Sinne der Richtlinie zählen
2844 Patientinnen und Patienten mit folgenden hereditären oder erworbenen
2845 Faktormangelzuständen und sonstigen Koagulopathien, sofern sie mit einer dauerhaft
2846 behandlungsbedürftigen Hypokoagulabilität verbunden sind:

2847 D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

2848 D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel

2849 D68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom

2850 D68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel

2851 D68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

2852 D68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII

2853 D68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige
2854 Gerinnungsfaktoren

2855 D68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete
2856 Antikörper

2857 D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren

2858 D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien

2859 D69.1 Qualitative Thrombozytendefekte

2860 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

2861 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

2862 **Diagnostik**

2863 - Anamnese

2864 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT)

2865 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. Gastroskopie, Koloskopie)

2866 - Infektionsdiagnostik (z. B. HIV, Hepatitis B und C)

2867 - Körperliche Untersuchung

2868 - Laboruntersuchungen (z. B. Klinische Chemie und Blutbild, Blutgruppenbestimmung und
2869 weitere immunhämatologische Diagnostik, umfassende Gerinnungsdiagnostik mit
2870 Einzelfaktorbestimmungen, Hemmkörperbestimmung- und Titration, immunologische
2871 und HLA-Diagnostik)

2872 - humangenetische Untersuchungen

2873 **Behandlung**

2874 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten

2875 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

2876 - Behandlung in Notfallsituationen

2877 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
2878 Behandlungsfolgen

2879 - Einleitung der Rehabilitation

- 2880 - Gerinnungstherapie
- 2881 - Medikamentöse Therapien
- 2882 - Orthopädisch-unfallchirurgische Intervention
- 2883 - Physikalische Therapie
- 2884 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 2885 - Transfusion von Blutkomponenten

2886 **Beratung**

- 2887 - zu Diagnostik, Behandlung und Therapiewahl (z. B. Immuntoleranz, Prophylaxe vs. Bedarfsmedikation, Heimselbstbehandlung)
- 2888 - zur Ernährung
- 2889 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 2890 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 2891 - zur Kontrolle der Physiotherapie
- 2892 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 2893 - zur Präparatewahl (Heimselbstbehandlung, rekombinante vs. Plasmapräparate, Dosis)
- 2894 - zur Prävention
- 2895 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 2896 - zu Rehabilitationsangeboten
- 2897 - zur Schulung von Patientinnen und Patienten und Personen aus dem häuslichem Umfeld in Bezug auf die Heimselbstbehandlung
- 2898 - zu Sexualität und Familienplanung (einschließlich Zyklusregulation)
- 2899 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 2900 - zu Verhalten in Notfallsituationen: Die Information erfolgt mittels eines Notfallausweises.
- 2901 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 2902 - zur Zahnextraktion

2905 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

2906 **3.1 Personelle Anforderungen**

2907 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hämophilie erfolgt durch ein
2908 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

2909 **a) Teamleitung**

- 2910 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- 2911 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung
- 2912 Hämostaseologie oder
- 2913 - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

2914 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
2915 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie benannt
2916 werden.

2917 **b) Kernteam**

2918 Zusätzlich zur Teamleitung mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit
2919 Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie:

- 2920 - Innere Medizin oder
- 2921 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- 2922 - Transfusionsmedizin

2923 Sofern Teamleitung Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, muss
2924 mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung
2925 Hämostaseologie und der Facharztweiterbildung

- 2926 - Innere Medizin oder
 2927 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 2928 Teil des Kernteams sein.
- 2929 Teil des Kernteams ist auch:
- 2930 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2931 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 2932 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie zu
 2933 benennen.
- 2934 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten
 2935 Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
 2936 Jugendmedizin zu benennen.
- 2937 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 2938 - Allgemeinchirurgie
 2939 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 2940 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 2941 - Humangenetik
 2942 - Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)
 2943 - Laboratoriumsmedizin
 2944 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 2945 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
 2946 Psychotherapeut
 2947 - Radiologie
- 2948 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein
 2949 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
 2950 Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
 2951 Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-
 2952 und Jugend-Gastroenterologie als Teammitglied benannt werden.
- 2953 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**
- 2954 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:
- 2955 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
 2956 Einrichtungen besteht:
- 2957 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
 2958 mit sozialen Beratungsangeboten
 2959 - Physiotherapie
- 2960 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 2961 b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
- 2962 - Zahnheilkunde
- 2963 Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
- 2964 c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
 2965 einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 2966 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung
 2967 Hämostaseologie
 2968 - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
 2969 - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

2970 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
2971 erforderliche bildgebende Diagnostik.

2972 d) folgende räumliche und technische Ausstattung vorgehalten wird: permanente
2973 Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten

2974 **3.3 Dokumentation**

2975 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
2976 Hämophilie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
2977 Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

2978 **3.4 Mindestmengen**

2979 Das Kernteam muss mindestens 30 Patientinnen und Patienten mit schwerer Hämophilie
2980 (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft
2981 behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandeln.

2982 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
2983 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
2984 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
2985 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
2986 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

2987 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

2988 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
2989 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
2990 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
2991 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

2992 **4 Überweisungserfordernis**

2993 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
2994 behandelnden Vertragsarzt.

2995 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
2996 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
2997 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
2998 Überweisungserfordernis.

2999 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

3000 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

3001 **Präambel**

3002 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
3003 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
3004 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
3005 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
3006 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
3007 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
3008 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
3009 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
3010 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3011 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
3012 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
3013 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
3014 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit

- 3015 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
3016 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
3017 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
3018 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.
- 3019 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
3020 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
3021 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.
- 3022 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
3023 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
3024 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.
- 3025 [Appendix „Hämophilie“*](#)
- 3026

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

3027 **d) neuromuskuläre Erkrankungen**

3028 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3029 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
3030 mit neuromuskulären Erkrankungen.

3031 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen im Sinne der
3032 Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3033 G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

3034 G14 Postpolio-Syndrom

3035 G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie

3036 G61.- Polyneuritis

3037 G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten

3038 G71.- Primäre Myopathien

3039 G72.3 Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung

3040 G72.4 Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert

3041 G72.88 Sonstige näher bezeichnete Myopathien

3042 G73.0* Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten

3043 G73.1* Lambert-Eaton-Syndrom

3044 G73.2* Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen

3045 G73.3* Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

3046 G73.4* Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

3047 G73.5* Myopathie bei endokrinen Krankheiten

3048 G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

3049 M33.- Dermatomyositis-Polymyositis

3050 M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†)

3051 M60.1- Interstitielle Myositis

3052 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

3053 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

3054 **Diagnostik**

3055 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale
3056 Echokardiographie, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik

3057 - Anamnese

3058 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung,
3059 Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung
3060 (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)

3061 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
3062 Osteodensitometrie)

3063 - Humangenetische Untersuchungen

3064 - Körperliche Untersuchung

3065 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik

- 3066 - Lungenfunktionsdiagnostik
- 3067 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 3068 Patienten entnommenen Materials
- 3069 - Molekulargenetische Untersuchungen
- 3070 - Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- 3071 - Punktionen und Biopsien
- 3072 - Schluckdiagnostik

3073 **Behandlung**

- 3074 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3075 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- 3076 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 3077 - Behandlung in Notfallsituationen
- 3078 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 3079 Behandlungsfolgen
- 3080 - Einleitung der Rehabilitation
- 3081 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 3082 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 3083 - Perkutane Gastrostomie
- 3084 - Physikalische Therapie
- 3085 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3086 - Schmerztherapie

3087 **Beratung**

- 3088 - zu Diagnostik und Behandlung
- 3089 - zu Heilmitteln
- 3090 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 3091 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 3092 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 3093 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3094 - zur Ernährung
- 3095 - zur operativen Versorgung
- 3096 - zu Rehabilitationsangeboten
- 3097 - zu Sexualität und Familienplanung
- 3098 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 3099 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3100 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs
 3101 (EBM) sind:

- 3102 - Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie
- 3103 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie
- 3104 (FDG-PET)
- 3105 - bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht
- 3106 auf ein Thymomrezidiv,
- 3107 - bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer
- 3108 paraneoplastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,
- 3109 - bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese

3110 und negativem oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -MRT
 3111 von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie, Antikörperdiagnostik)

3112 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

3113 **3.1 Personelle Anforderungen**

3114 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen erfolgt
3115 durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

3116 **a) Teamleitung**

3117 - Neurologie

3118 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder
3119 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt
3120 werden.

3121 **b) Kernteam**

3122 - Innere Medizin und Kardiologie

3123 - Innere Medizin und Pneumologie

3124 - Neurologie

3125 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
3126 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Fachärztin
3127 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-
3128 Kardiologie oder Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-
3129 Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen.

3130 Sofern keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten
3131 Zusatz-Weiterbildung oder den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin
3132 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

3133 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

3134 - Augenheilkunde

3135 - Humangenetik

3136 - Innere Medizin und Gastroenterologie

3137 - Innere Medizin und Rheumatologie

3138 - Laboratoriumsmedizin

3139 - Neuropathologie

3140 - Nuklearmedizin

3141 - Orthopädie und Unfallchirurgie

3142 - Pathologie, sofern die Facharztgruppe Neuropathologie nicht über die erforderliche
3143 pathologische Expertise oder Ausstattung für die unter Nummer 1 der Konkretisierung
3144 genannten Erkrankungen verfügt

3145 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
3146 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
3147 Psychotherapeut

3148 - Radiologie

3149 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
3150 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
3151 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
3152 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-
3153 und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
3154 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein
3155 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
3156 Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-
3157 Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

3158 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3159 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

3160 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
3161 Einrichtungen besteht:

- 3162 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare
- 3163 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- 3164 – Ergotherapie
- 3165 – Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- 3166 – Physikalische Therapie
- 3167 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit
- 3168 besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)

3169 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3170 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
3171 einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:

- 3172 – Neurologie
- 3173 – Innere Medizin und Kardiologie
- 3174 – Innere Medizin und Pneumologie

3175 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
3176 erforderliche bildgebende Diagnostik.

3177 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

3178 Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
3179 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und
3180 Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten
3181 Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3182 **3.3 Dokumentation**

3183 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
3184 neuromuskulären Erkrankungen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens
3185 zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3186 **3.4 Mindestmengen**

3187 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer
3188 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
3189 gesicherter Diagnose behandeln.

3190 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
3191 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
3192 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
3193 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
3194 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

3195 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

3196 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
3197 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
3198 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
3199 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

3200 **4 Überweisungserfordernis**

3201 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
3202 behandelnden Vertragsarzt.

3203 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
3204 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
3205 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein
3206 Überweisungserfordernis.

3207 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

3208 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

3209 **Präambel**

3210 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
3211 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
3212 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
3213 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
3214 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
3215 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
3216 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
3217 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
3218 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3219 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
3220 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
3221 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
3222 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3223 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
3224 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
3225 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
3226 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

3227 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
3228 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

3229 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
3230 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
3231 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

3232 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
3233 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
3234 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

3235 [Appendix „Neuromuskuläre Erkrankungen“*](#)

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

3236 **e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen**

3237 **Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**

3238 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3239 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
3240 mit Sarkoidose.

3241 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose im Sinne der Richtlinie zählen
3242 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3243 D86.- Sarkoidose

3244 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

3245 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

3246 **Diagnostik**

- 3247 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 3248 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheteruntersuchung)
- 3249 Herzfunktionsdiagnostik
- 3250 - Anamnese
- 3251 - Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Augenhintergrunduntersuchung, Visus-
- 3252 und Refraktionsbestimmung, Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Perimetrie,
- 3253 Schirmertest, Augendruckmessung)
- 3254 - Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
- 3255 Kardio-MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 3256 - Endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren
- 3257 - Körperliche Untersuchung
- 3258 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik, Serologischer und
- 3259 mikrobiologischer Nachweis von Krankheitserregern einschließlich gegebenenfalls
- 3260 Resistenzbestimmung
- 3261 - Liquordiagnostik
- 3262 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 3263 Patienten entnommenen Materials
- 3264 - Neurophysiologische Untersuchungen
- 3265 - Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 3266 - Punktionen und Biopsien

3267 **Behandlung**

- 3268 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3269 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 3270 - Behandlung in Notfallsituationen
- 3271 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 3272 Behandlungsfolgen
- 3273 - Einleitung der Rehabilitation
- 3274 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 3275 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 3276 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3277 - Schmerztherapie

- 3278 **Beratung**
- 3279 - zu Diagnostik und Behandlung
- 3280 - zur Ernährung
- 3281 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 3282 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 3283 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3284 - zu Rehabilitationsangeboten
- 3285 - zu Sexualität und Familienplanung
- 3286 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 3287 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 3288 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs
- 3289 (EBM) sind:
- 3290 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
- 3291 oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-
- 3292 DOTA-NOC
- 3293 - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen
- 3294 kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-
- 3295 EKG,
- 3296 - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und
- 3297 Verdacht auf Sarkoidose
- 3298 als komplementäre Diagnostik zu einem unklaren kardialen MRT-Befund oder wenn ein
- 3299 kardiales MRT kontraindiziert ist.
- 3300 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 3301 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 3302 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose erfolgt durch ein
- 3303 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 3304 **a) Teamleitung**
- 3305 - Innere Medizin und Pneumologie oder
- 3306 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 3307 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden kann alternativ auch eine Fachärztin oder
- 3308 ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
- 3309 Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt
- 3310 werden.
- 3311 **b) Kernteam**
- 3312 - Innere Medizin und Pneumologie
- 3313 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 3314 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
- 3315 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
- 3316 Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen.
- 3317 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten
- 3318 Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
- 3319 Jugendmedizin zu benennen.
- 3320 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 3321 - Augenheilkunde
- 3322 - Haut- und Geschlechtskrankheiten

- 3323 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 3324 - Innere Medizin und Kardiologie
- 3325 - Laboratoriumsmedizin
- 3326 - Neurologie
- 3327 - Nuklearmedizin
- 3328 - Pathologie
- 3329 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 3330 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 3331 Psychotherapeut
- 3332 - Radiologie

3333 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
 3334 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
 3335 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine
 3336 Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
 3337 oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt
 3338 Kinder-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit
 3339 Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie als Teammitglied benannt werden.

3340 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3341 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

3342 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
 3343 Einrichtungen besteht:

- 3344 – Transplantationszentren (Lunge)
- 3345 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare
- 3346 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- 3347 – Physikalische Therapie

3348 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3349 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
 3350 einer oder einem der folgenden Ärztinnen oder Ärzte besteht:

- 3351 – Innere Medizin und Pneumologie
- 3352 – Innere Medizin und Rheumatologie

3353 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
 3354 erforderliche bildgebende Diagnostik.

3355 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

3356 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
 3357 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und
 3358 Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten
 3359 Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3360 **3.3 Dokumentation**

3361 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
 3362 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die
 3363 Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu
 3364 dokumentieren.

3365 **3.4 Mindestmengen**

3366 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer
 3367 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
 3368 gesicherter Diagnose behandeln.

3369 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
3370 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
3371 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
3372 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
3373 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

3374 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

3375 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
3376 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
3377 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
3378 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

3379 **4 Überweisungserfordernis**

3380 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
3381 behandelnden Vertragsarzt.

3382 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
3383 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
3384 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
3385 Überweisungserfordernis.

3386 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

3387 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

3388 **Präambel**

3389 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
3390 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
3391 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
3392 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
3393 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
3394 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
3395 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
3396 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
3397 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3398 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
3399 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
3400 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
3401 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3402 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
3403 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
3404 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
3405 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

3406 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
3407 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

3408 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
3409 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
3410 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

3411 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
3412 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
3413 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

3414 [Appendix „Sarkoidose“ *](#)

3415

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

3416 f) **biliäre Zirrhose [unbesetzt]***

3417

* Hinweis: Die biliäre Zirrhose wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.

3418 g) **primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt]***

3419

* Hinweis: Die primär sklerosierende Cholangitis wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.

3420 **h) Morbus Wilson**

3421 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3422 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
3423 mit Morbus Wilson.

3424 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson im Sinne der Richtlinie zählen
3425 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3426 E83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels

3427 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

3428 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

3429 **Diagnostik**

- 3430 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 3431 - Anamnese
- 3432 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- 3433 - Biopsien und Punktionen
- 3434 - Elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale)
- 3435 - Endoskopie des Gastrointestinaltrakts einschließlich interventioneller Verfahren (z. B.
3436 ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- 3437 - Körperliche Untersuchung
- 3438 - Laboruntersuchungen
- 3439 - Makroskopische, mikroskopische, zytologische und histologische Untersuchungen bei
3440 Patienten entnommenen Materials
- 3441 - Mutationsdiagnostik

3442 **Behandlung**

- 3443 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3444 - Behandlung in Notfallsituationen
- 3445 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
3446 Behandlungsfolgen
- 3447 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 3448 - Einleitung der Rehabilitation
- 3449 - Medikamentöse Therapien
- 3450 - Physikalische Therapie
- 3451 - Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3452 - Therapeutische Punktionen

3453 **Beratung**

- 3454 - zu Diagnostik und Behandlung
- 3455 - zu Ernährung
- 3456 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 3457 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und
3458 Familienplanung)
- 3459 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3460 - zu Rehabilitationsangeboten
- 3461 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 3462 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3463 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs
3464 (EBM) sind:

- 3465 - Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und
3466 Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

3467 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

3468 **3.1 Personelle Anforderungen**

3469 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson erfolgt in einem
3470 interdisziplinären Team gemäß § 3 ASV-RL.

3471 **a) Teamleitung**

- 3472 - Innere Medizin und Gastroenterologie oder
3473 - Neurologie

3474 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
3475 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder für Kinder- und
3476 Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt
3477 werden.

3478 **b) Kernteam**

- 3479 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3480 - Neurologie

3481 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
3482 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin
3483 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
3484 Jugend-Gastroenterologie zu benennen.

3485 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten
3486 Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für
3487 Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

3488 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 3489 - Augenheilkunde
- 3490 - Humangenetik
- 3491 - Innere Medizin und Nephrologie
- 3492 - Laboratoriumsmedizin
- 3493 - Pathologie
- 3494 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
3495 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
3496 Psychotherapeut
- 3497 - Radiologie

3498 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
3499 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
3500 Jugend-Nephrologie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder-
3501 und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als
3502 Teammitglied benannt werden.

3503 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3504 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine
3505 Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen
3506 besteht:

- 3507 – Transplantationszentren (Leber)
3508 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
3509 mit sozialen Beratungsangeboten

3510 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3511 **3.3 Dokumentation**

3512 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
3513 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die
3514 Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu
3515 dokumentieren.

3516 **3.4 Mindestmengen**

3517 Keine.

3518 **4 Überweisungserfordernis**

3519 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
3520 behandelnden Vertragsarzt.

3521 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
3522 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
3523 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
3524 Überweisungserfordernis.

3525 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

3526 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

3527 **Präambel**

3528 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
3529 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
3530 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
3531 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
3532 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
3533 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
3534 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
3535 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
3536 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3537 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
3538 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
3539 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
3540 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3541 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
3542 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
3543 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
3544 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

3545 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
3546 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

3547 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
3548 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
3549 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

3550 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
3551 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
3552 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

3553 [Appendix „Morbus Wilson“*](#)

3554

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

3555 **k) Marfan-Syndrom**

3556 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3557 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
3558 mit Marfan-Syndrom.

3559 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie
3560 zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3561 Q87.4 Marfan-Syndrom und

3562 verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit
3563 einem Risiko der Aortendissektion führen können, z. B.

- 3564 – Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,
- 3565 – Loeys-Dietz-Syndrom

3566 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

3567 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

3568 **Diagnostik**

- 3569 - Allgemeine (z. B. EKG-Untersuchungen) und spezielle (z. B. transösophageale und
3570 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 3571 - Anamnese
- 3572 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung,
3573 Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung
3574 (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- 3575 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-Untersuchungen,
3576 Sonographie)
- 3577 - Humangenetische Untersuchungen
- 3578 - Körperliche Untersuchung
- 3579 - Laboruntersuchungen
- 3580 - Lungenfunktionsmessungen
- 3581 - Orthopädische Funktionsdiagnostik

3582 **Behandlung**

- 3583 - Anlage von fixierenden Verbänden
- 3584 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3585 - Behandlung in Notfallsituationen
- 3586 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
3587 Behandlungsfolgen
- 3588 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 3589 - Einleitung der Rehabilitation
- 3590 - Medikamentöse Therapien
- 3591 - Physikalische Therapie
- 3592 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3593 - Schmerztherapie
- 3594 - Sexualberatung und Familienplanung

3595 **Beratung**

- 3596 - zu Diagnostik und Behandlung
- 3597 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch

- 3598 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 3599 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 3600 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3601 - zu Rehabilitationsangeboten
- 3602 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 3603 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

3604 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

3605 **3.1 Personelle Anforderungen**

3606 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom erfolgt durch ein
3607 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

3608 **a) Teamleitung**

- 3609 - Herzchirurgie oder
- 3610 - Innere Medizin und Kardiologie

3611 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
3612 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
3613 benannt werden.

3614 **b) Kernteam**

- 3615 - Herzchirurgie
- 3616 - Innere Medizin und Kardiologie
- 3617 - Orthopädie und Unfallchirurgie

3618 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
3619 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie zu
3620 benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem
3621 genannten Schwerpunkt verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und
3622 Jugendmedizin zu benennen.

3623 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 3624 - Augenheilkunde
- 3625 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 3626 - Gefäßchirurgie
- 3627 - Humangenetik
- 3628 - Innere Medizin und Pneumologie

3629 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein
3630 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
3631 Jugend-Pneumologie als Teammitglied benannt werden.

- 3632 - Laboratoriumsmedizin
- 3633 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
3634 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
3635 Psychotherapeut

3636 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein
3637 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
3638 Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als
3639 Teammitglied benannt werden.

- 3640 - Radiologie

3641 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3642 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine
3643 Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen
3644 besteht:

- 3645 - sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen
3646 Beratungsangeboten
3647 - Physiotherapie

3648 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3649 **3.3 Dokumentation**

3650 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
3651 Marfan-Syndrom ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
3652 Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3653 **3.4 Mindestmengen**

3654 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer
3655 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
3656 gesicherter Diagnose behandeln.

3657 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
3658 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
3659 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
3660 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
3661 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

3662 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

3663 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
3664 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
3665 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
3666 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

3667 **4 Überweisungserfordernis**

3668 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
3669 behandelnden Vertragsarzt.

3670 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
3671 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
3672 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
3673 Überweisungserfordernis.

3674 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

3675 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

3676 **Präambel**

3677 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
3678 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
3679 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
3680 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
3681 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
3682 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
3683 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
3684 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des

- 3685 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3686 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
3687 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
3688 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
3689 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3690 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
3691 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
3692 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
3693 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.
- 3694 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanga bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
3695 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
3696 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.
- 3697 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
3698 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
3699 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.
- 3700 [Appendix „Marfan-Syndrom“*](#)

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

3701 **I) pulmonale Hypertonie**

3702 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3703 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
3704 mit pulmonaler Hypertonie.

3705 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie im Sinne der Richtlinie
3706 zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3707 I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie

3708 I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie

3709 P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

3710 entsprechend der Nizza-Klassifikation

3711 - Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1' oder 1'' der Nizza-Klassifikation

3712 - Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation

3713 - Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im
3714 Kindesalter entwickelt hat

3715 - Pulmonale Hypertonie der Klasse 5.1 oder der Klasse 5.3 der Nizza-Klassifikation

3716 - Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne Klasse 3.2, die sich bereits im Kindesalter
3717 entwickelt hat), 5.2 oder der Klasse 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich über
3718 den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf

3719 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

3720 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

3721 **Diagnostik**

3722 - Anamnese

3723 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
3724 (z. B. transösophageale [TEE] und transthorakale [TTE] Echokardiographie, Belastungs-
3725 EKG, Rechtsherzkatheter [gegebenenfalls mit pharmakologischer Testung])

3726 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchung, Sonographie, Doppleruntersuchung,
3727 Ventilations-Perfusions-Szintigraphie, CT, MRT, Pulmonalarterienangiographie,
3728 Myokardszintigraphie)

3729 - Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes

3730 - Endoskopie des Respirationstraktes

3731 - Humangenetische Untersuchungen (z. B. BMPR2, ALK1)

3732 - Körperliche Untersuchung

3733 - Laboruntersuchungen (z. B. Blutgasanalyse)

3734 - Lungenfunktionsmessungen (z. B. Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für
3735 Kohlenmonoxid [DLCO])

3736 - Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie
3737 der schlafbezogenen Atmungsstörungen

3738 - Spiroergometrie

3739 **Behandlung**

3740 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten

3741 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle

3742 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
3743 Behandlungsfolgen

3744 - Behandlung in Notfallsituationen

- 3745 - Einleitung der Rehabilitation
- 3746 - Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- 3747 - Physikalische Therapie
- 3748 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3749 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

3750 **Beratung**

- 3751 - zu Diagnostik und Behandlung
- 3752 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 3753 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 3754 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 3755 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3756 - zu Rehabilitationsangeboten
- 3757 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 3758 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 3759 - zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines
- 3760 Notfallausweises erfolgen.

3761 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

3762 **3.1 Personelle Anforderungen**

3763 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie erfolgt durch ein
3764 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

3765 **a) Teamleitung**

- 3766 - Innere Medizin und Kardiologie oder
- 3767 - Innere Medizin und Pneumologie

3768 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
3769 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder
3770 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung
3771 Kinder- und Jugend-Pneumologie benannt werden.

3772 **b) Kernteam**

- 3773 - Innere Medizin und Kardiologie
- 3774 - Innere Medizin und Pneumologie

3775 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
3776 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder
3777 eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung
3778 Kinder- und Jugend-Pneumologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für
3779 Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung
3780 verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu
3781 benennen.

3782 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

- 3783 - Humangenetik
- 3784 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 3785 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 3786 - Laboratoriumsmedizin
- 3787 - Nuklearmedizin
- 3788 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 3789 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 3790 Psychotherapeut

3791 - Radiologie

3792 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin bzw. ein
3793 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
3794 Gastroenterologie oder Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder eine Fachärztin bzw. ein
3795 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
3796 Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als
3797 Teammitglied benannt werden.

3798 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

3799 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

3800 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
3801 Einrichtungen besteht:

- 3802 – Transplantationszentren (Lunge, Herz)
- 3803 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
3804 mit sozialen Beratungsangeboten
- 3805 – Physiotherapie

3806 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

3807 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
3808 einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzte besteht:

- 3809 – Innere Medizin und Kardiologie
- 3810 – Innere Medizin und Pneumologie

3811 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
3812 erforderliche bildgebende Diagnostik.

3813 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

3814 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
3815 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und
3816 Patienten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten werden.

3817 **3.3 Dokumentation**

3818 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
3819 pulmonaler Hypertonie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur
3820 Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

3821 **3.4 Mindestmengen**

3822 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer
3823 „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder
3824 gesicherter Diagnose behandeln.

3825 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
3826 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
3827 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
3828 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
3829 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

3830 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

3831 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
3832 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
3833 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
3834 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

3835 **4 Überweisungserfordernis**

3836 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
3837 behandelnden Vertragsarzt.

3838 Bei pulmonaler Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung durch eine Fachärztin bzw.
3839 einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt
3840 für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich.

3841 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
3842 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
3843 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
3844 Überweisungserfordernis.

3845 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

3846 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

3847 **Präambel**

3848 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
3849 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
3850 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
3851 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
3852 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
3853 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
3854 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
3855 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
3856 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3857 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
3858 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
3859 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
3860 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
3861 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie)-und
3862 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
3863 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
3864 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

3865 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
3866 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
3867 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

3868 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
3869 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
3870 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

3871 [Appendix „pulmonale Hypertonie“*](#)

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

3872 **o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen**

3873 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

3874 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten
3875 mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen.

3876 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen
3877 im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

3878 **1.1 Primär biliäre Cholangitis (PBC)**

3879 K74.3 Primäre biliäre Zirrhose

3880 K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose (auch Idiopathic adulthood ductopenia Syndrom (IAD) und
3881 Vanishing bile duct Syndrom)

3882 K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet

3883 **1.2 Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)**

3884 K83.0 Cholangitis

3885 **1.3 Autoimmunhepatitis (AIH)**

3886 K75.4 Autoimmune Hepatitis

3887 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

3888 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

3889 **Diagnostik**

- 3890 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 3891 - Anamnese
- 3892 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
3893 Osteodensitometrie)
- 3894 - Biopsien und Punktionen
- 3895 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B.
3896 ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- 3897 - Körperliche Untersuchung
- 3898 - Laboruntersuchungen
- 3899 - Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
3900 Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete)

3901 **Behandlung**

- 3902 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 3903 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 3904 - Behandlung in Notfallsituationen
- 3905 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
3906 Behandlungsfolgen
- 3907 - Einleitung der Rehabilitation
- 3908 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 3909 - Physikalische Therapie
- 3910 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 3911 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

- 3912 **Beratung**
- 3913 - zu Diagnostik und Behandlung
- 3914 - zu Ernährung
- 3915 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und Familienplanung)
- 3916
- 3917 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 3918 - zu Rehabilitationsangeboten
- 3919 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 3920 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 3921 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes
- 3922 (EBM) sind:
- 3923 - Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und
- 3924 Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich
- 3925 **3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**
- 3926 **3.1 Personelle Anforderungen**
- 3927 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen
- 3928 Lebererkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.
- 3929 **a) Teamleitung**
- 3930 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 3931 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin oder ein
- 3932 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
- 3933 Jugend-Gastroenterologie benannt werden.
- 3934 **b) Kernteam**
- 3935 - Zusätzlich zur Teamleitung: Innere Medizin und Gastroenterologie
- 3936 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein
- 3937 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und
- 3938 Jugend-Gastroenterologie zu benennen. Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder-
- 3939 und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin
- 3940 oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
- 3941 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
- 3942 - Innere Medizin und Rheumatologie
- 3943 - Laboratoriumsmedizin
- 3944 - Pathologie
- 3945 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- 3946 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher
- 3947 Psychotherapeut
- 3948 - Radiologie
- 3949 - Viszeralchirurgie
- 3950 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich eine Fachärztin oder ein
- 3951 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und
- 3952 Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als
- 3953 Teammitglied benannt werden.
- 3954 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**
- 3955 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass

- 3956 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren
3957 Einrichtungen besteht:
- 3958 – Transplantationszentren (Leber)
 - 3959 – sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen
 - 3960 mit sozialen Beratungsangeboten
- 3961 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 3962 b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von
3963 einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 3964 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 3965 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall
3966 erforderliche bildgebende Diagnostik.
- 3967 c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 3968 d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und
3969 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und
3970 Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten
3971 Indikationsgruppen bereitgehalten werden.

3972 **3.3 Dokumentation**

3973 Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit
3974 den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die
3975 Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu
3976 dokumentieren.

3977 **3.4 Mindestmengen**

3978 Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der in Nummer 1 genannten
3979 Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

3980 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den
3981 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher
3982 bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen
3983 der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V
3984 oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

3985 Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

3986 In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten
3987 Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von
3988 Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können
3989 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

3990 **4 Überweisungserfordernis**

3991 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den
3992 behandelnden Vertragsarzt.

3993 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten
3994 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet
3995 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein
3996 Überweisungserfordernis.

3997 Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

3998 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

3999 Präambel

4000 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen
4001 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen
4002 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen
4003 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des
4004 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten
4005 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)
4006 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2020 zu Änderungen des
4007 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020, ergänzt um den Beschluss des
4008 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
4009 Wirkung zum 1. Oktober 2020, zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-
4010 Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-
4011 Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen, ergänzt um den Beschluss des
4012 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung, Teil A mit
4013 Wirkung zum 1. Januar 2021, zur Neufassung des Kapitels 25 EBM (Strahlentherapie) und
4014 ergänzt um den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V
4015 in seiner 55. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Grundpauschale für die Fachärztin
4016 bzw. den Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

4017 Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten
4018 Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).

4019 Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6
4020 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die
4021 abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

4022 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den
4023 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten
4024 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

4025 [Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“*](#)

4026

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

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen