

# Richtlinie



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus**

### **(Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung)**

in der Fassung vom 21. März 2006  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 (S. 4 466)  
in Kraft getreten am 1. April 2006

zuletzt geändert am 15. Dezember 2011  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 49 (S. 1 213) vom 27. März 2012  
in Kraft getreten am 28. März 2012

*Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.*

## Inhalt

<b>§ 1</b>	<b>Regelungsinhalt</b> .....	<b>4</b>
<b>§ 2</b>	<b>Verbindlichkeit</b> .....	<b>4</b>
<b>§ 3</b>	<b>Verfahren</b> .....	<b>4</b>
<b>§ 4</b>	<b>Ausgeschlossene Methoden</b> .....	<b>5</b>
1	Autologe Chondrozytenimplantation (ACI) .....	5
2	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) .....	5
3	Protonentherapie .....	5
4	Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) .....	6
5	Die beiden Hybrid-Laser-Verfahren Kalium Titanyl Phosphat/Neodymium yttrium aluminium garnet (KTP/Nd:YAG) und Kontakt-Laser-Ablation/Visuelle Laser-Ablation (CLAP/VLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	6
6	Interstitielle Laserkoagulation (ILK) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	7
7	Holmium-Laserablation (HoLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	7
8	Holmium-Laser Blasenhalinzision (HoBNI) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	7
9	Transurethrale Radiofrequente Nadelablation (TUNA) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	7
10	Fokussierter Ultraschall hoher Intensität (HIFU) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	7
11	Wasserinduzierte Thermoerapie (WIT) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	7
12	Transurethrale Ethanolablation (TEAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	7
13	Thulium-Laserablation (TmLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) .....	7
14	Stammzelltransplantation .....	7
<b>Anlage I Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind</b> .....		<b>8</b>
1	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) .....	8
2	Protonentherapie .....	8
3	Positronenemissionstomographie (PET).....	8

4	Stammzelltransplantation.....	9
5	Holmium-Laserresektion (HoLRP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	9
6	Holmium-Laserenukleation der Prostata (HoLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	9

**Anlage II Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt sind..... 10**

1	Autologe Chondrozytenimplantation (ACI).....	10
2	Protonentherapie.....	10
3	Kontakt-Laserablation (CLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	10
4	Visuelle Laserablation (VLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	10
5	Photoselektive Vaporisation (PVP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	10
6	Thulium-Laserresektion (TmLRP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	10
7	Transurethrale Mikrowellen Thermotherapie (TUMT) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS).....	11
8	<i>nicht besetzt</i> .....	11
9	Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT).....	11

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

## § 1 Regelungsinhalt

(1) Diese Richtlinie benennt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137c SGB V ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus.

(2) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Bewertung als für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten als erforderlich angesehen wurden, sowie Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt sind, werden nicht im Rahmen der Richtlinie benannt, sondern sind separat in Anlage I und II der Richtlinie aufgeführt.

## § 2 Verbindlichkeit

(1) <sup>1</sup>Die Richtlinie ist verbindlich. <sup>2</sup>Die ausgeschlossenen Methoden dürfen im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt.

(2) <sup>1</sup>Der Ausschluss einer Methode - gemäß § 4 - lässt die Leistungserbringung bei Vorliegen der im Leitsatz des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 (Az. 1 BvR 347/98) aufgeführten Voraussetzungen unberührt. <sup>2</sup>Demzufolge kann eine Patientin oder ein Patient mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, eine von ihr oder ihm gewählte, ärztlich angewandte Behandlungsmethode trotz des Ausschlusses von der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. <sup>3</sup>Die Ärztin oder der Arzt hat die Entscheidung zur Anwendung einer Methode nach Satz 2 sowie die entsprechende Aufklärung, einschließlich der Information, dass es sich um eine nach § 137c SGB V ausgeschlossene Methode handelt, und das Einverständnis der Patientin oder des Patienten zu dokumentieren.

## § 3 Verfahren

Das Verfahren zur Bewertung medizinischer Methoden richtet sich nach der am 01.10.2005 in Kraft getretenen Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in ihrer jeweils gültigen Fassung<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Beschlüsse, die vor dem 31.03.2006 getroffen wurden, ergingen nach den Verfahrensregeln zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gemäß § 137c SGB V in der Fassung vom 20.02.2002 (BAnz Nr. 77 S. 8911 vom 24.04.2002); zuletzt geändert am 16.12.2003 (BAnz Nr. 240, S. 26001)

## **§ 4 Ausgeschlossene Methoden**

Von der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen von Krankenhausbehandlung sind ausgeschlossen:

### **1 Autologe Chondrozytenimplantation (ACI)**

- 1.1 ACI am Fingergelenk
- 1.2 ACI am Schultergelenk
- 1.3 ACI am Großzehengrundgelenk
- 1.4 ACI am Sprunggelenk

### **2 Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)**

- 2.1 HBO bei Myokardinfarkt
- 2.2 HBO bei Erstmanifestation eines Neuroblastoms im Stadium IV
- 2.3 HBO beim Weitwinkelglaukom
- 2.4 HBO beim Morbus Perthes
- 2.5 HBO beim Schädelhirntrauma
- 2.6 Hyperbare Sauerstofftherapie beim diabetischen Fußsyndrom als alleinige Therapie oder in Kombination

Unberührt von diesem Ausschluss bleibt die adjuvante Anwendung der hyperbaren Sauerstofftherapie bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom im Stadium Wagner  $\geq$  III ohne angemessene Heilungstendenz nach Ausschöpfung der Standardtherapie.

- 2.7 HBO bei Brandwunden
- 2.8 HBO bei idiopathischer Femurkopfnekrose des Erwachsenen

### **3 Protonentherapie**

- 3.1 Protonentherapie bei Hirnmetastasen
- 3.2 Protonentherapie bei Oropharynx Tumoren
- 3.3 Protonentherapie bei Uveamelanom, welches für eine Brachytherapie mit  $^{125}\text{Jod}$ - oder  $^{106}\text{Ruthenium}$ -Applikation geeignet ist

### 3.4 Protonentherapie beim Rektumkarzinom

Unberührt von diesem Ausschluss bleiben Patienten mit

- Lokalrezidiv eines Rektumkarzinoms ohne Nachweis von hämatogenen Metastasen oder
- fortgeschrittener Erkrankung und unbeherrschbarer Symptomatik aufgrund des Lokalrezidivs

bei Feststellung durch eine krankenhausinterne Fallkonferenz, dass das therapeutische Ziel voraussichtlich nicht mit anderen Maßnahmen zu erreichen ist. Es gilt die Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V.

### 3.5 Protonentherapie beim Mammakarzinom

### 3.6 Protonentherapie beim operablen hepatozellulären Karzinom

### 3.7 Protonentherapie bei altersabhängiger Makuladegeneration

### 3.8 Protonentherapie beim operablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom

### 3.9 Protonentherapie beim inoperablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom des UICC Stadiums IV

### 3.10 Protonentherapie bei Lebermetastasen

## 4 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT)

4.1 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) zur Bestimmung des Tumorstadiums des kleinzelligen Lungenkarzinoms (SCLC) einschließlich der Detektion von Lungenfermetastasen bei Patienten, bei denen bereits vor der PET-Diagnostik kein kurativer Therapieansatz mehr möglich erscheint.

4.2 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) zum Nachweis bei begründetem Verdacht auf ein Rezidiv eines primär kurativ behandelten kleinzelligen Lungenkarzinoms.

Unberührt von diesem Ausschluss bleiben Patienten mit begründetem Verdacht auf ein Rezidiv, bei denen durch andere bildgebende diagnostische Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

4.3 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) bei malignen Lymphomen mit Ausnahme der Anwendung zur Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestelltem Resttumor eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie sowie des Interim-Staging beim Hodgkin-Lymphom und bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie/Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie.

## 5 Die beiden Hybrid-Laser-Verfahren Kalium Titanyl Phosphat/Neodymium yttrium aluminium garnet (KTP/Nd:YAG) und Kontakt-Laser-Ablation/Visuelle Laser-Ablation (CLAP/VLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)

- 6 Interstitielle Laserkoagulation (ILK) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 7 Holmium-Laserablation (HoLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 8 Holmium-Laser Blasenhalssinzision (HoBNI) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 9 Transurethrale Radiofrequente Nadelablation (TUNA) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 10 Fokussierter Ultraschall hoher Intensität (HIFU) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 11 Wasserinduzierte Thermotherapie (WIT) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 12 Transurethrale Ethanolablation (TEAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 13 Thulium-Laserablation (TmLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**
- 14 Stammzelltransplantation**
  - 14.1 Autologe Stammzelltransplantation bei akuter lymphatischer Leukämie (ALL) bei Erwachsenen

## **Anlage I Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind**

### **1 Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)**

- 1.1 HBO bei Dekompressionskrankheit
- 1.2 HBO bei Kohlenmonoxidvergiftung
- 1.3 HBO bei Arterieller Gasembolie
- 1.4 HBO bei einem Rezidiv eines Neuroblastoms im Stadium IV
- 1.5 HBO bei clostridialer Myonekrose

### **2 Protonentherapie**

- 2.1 Protonentherapie bei Uveamelanom, welches nicht für eine Brachytherapie mit <sup>125</sup>Jod- oder <sup>106</sup>Ruthenium-Applikatoren geeignet ist
- 2.2 Protonentherapie bei Chordomen und Chondrosarkomen der Schädelbasis
- 2.3 Protonentherapie bei zerebralen arteriovenösen Malformationen

### **3 Positronenemissionstomographie (PET)**

- 3.1 PET bei Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Lungenfernmastasen
- 3.2 PET bei Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen
- 3.3 PET bei Charakterisierung von Lungenrundherden

Bei der Anwendung der Positronenemissionstomographie gemäß der Nummern 3.1 bis 3.3 muss das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Positronenemissionstomographie begründen.

- 3.4 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) zur Bestimmung des Tumorstadiums des kleinzelligen Lungenkarzinoms (SCLC) einschließlich der Detektion von Lungenfernmastasen soweit dies nicht in § 4 Nummer 4 ausgeschlossen ist.
- 3.5 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) bei malignen Lymphomen zur Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestelltem Resttumor eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Durchführung einer Strahlentherapie.



#### **4 Stammzelltransplantation**

- 4.1 Allogene Stammzelltransplantation mit nicht-verwandtem Spender bei schwerer aplastischer Anämie
- 4.2 Allogene Stammzelltransplantation mit nicht-verwandtem Spender bei akuter myeloischer Leukämie (AML) bei Erwachsenen

#### **5 Holmium-Laserresektion (HoLRP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

#### **6 Holmium-Laserenukleation der Prostata (HoLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

*Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.*

## **Anlage II Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt sind**

### **1 Autologe Chondrozytenimplantation (ACI)**

1.1 Kollagengedeckte und periostgedeckte autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk

Beschluss gültig bis 30.06.2014

1.2 Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk

Beschluss gültig bis 30.06.2014

### **2 Protonentherapie**

2.1 Protonentherapie beim Prostatakarzinom

Beschluss gültig bis 31.12.2018

2.2 Protonentherapie beim inoperablen hepatozellulären Karzinom

Beschluss gültig bis 31.12.2016

2.3 Protonentherapie beim inoperablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom der UICC Stadien I bis III

Beschluss gültig bis 31. Dezember 2015

### **3 Kontakt-Laserablation (CLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

Beschluss gültig bis 31. Dezember 2016

### **4 Visuelle Laserablation (VLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

Beschluss gültig bis 31. Dezember 2016

### **5 Photoselektive Vaporisation (PVP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

Beschluss gültig bis 31. Dezember 2016

### **6 Thulium-Laserresektion (TmLRP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

Beschluss gültig bis 31. Dezember 2016

**7 Transurethrale Mikrowellen Thermotherapie (TUMT) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

Beschluss gültig bis 31. Dezember 2016

**8 *nicht besetzt***

**9 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT)**

- 9.1 Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) zum Interim-Staging bei Hodgkin-Lymphom und bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie / Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie / Chemoimmuntherapie.

Beschluss gültig bis: 31. Dezember 2014.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.