

# Tragende Gründe

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

Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung

Vom 19. Dezember 2024

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>16</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>16</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>17</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>18</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

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

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL regelt die Anforderungen, die grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisierenden Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen seit Inkrafttreten des GKV-VSG ohne Einschränkung auf schwere Verlaufsformen), seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten.

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

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

Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den jeweiligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden Erläuterungen auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL.

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

### **2.1 Aufbau**

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

Die Anlage Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung ist wie folgt gegliedert:

1. Konkretisierung der Erkrankung
2. Behandlungsumfang
  - Diagnostik
  - Behandlung
  - Beratung
3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
  - 3.1 Personelle Anforderungen

- a) Teamleitung
  - b) Kernteam
  - c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
- 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
  - 3.3 Dokumentation
  - 3.4 Mindestmengen
  - 4. Überweisungserfordernis
  - 5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

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

### **2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung**

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes bzw. mit schweren Erkrankungen der Blutbildung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

Sie bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen. Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in einer eigenen erkrankungsspezifischen Regelung festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen werden soll.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören. Eine intravenöse Antibiotikatherapie oder Schmerztherapie alleine stellt keinen Aufnahmegrund in die ASV dar, wenn es nicht zusätzlich der Versorgung in einem interdisziplinären Team bedarf.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass vor allem bei Patientinnen und Patienten nach entsprechender Behandlung eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes Langzeitkomplikationen wie beispielweise Kardiomyopathien, Lungenschäden, Schäden des Nervensystems, Osteonekrosen, Nieren- oder endokrine Insuffizienz oder Infertilität auftreten können. Daher können auch diese Patientinnen und Patienten in der ASV betreut werden. Kodiert wird in diesen Fällen die unter 1 Konkretisierung aufgeführte Tumordiagnose mit dem Zusatzkennzeichen Z (Zustand nach der entsprechenden Diagnose). Das ASV Team übernimmt dann die Koordination der weiteren Behandlung, was auch ggf. die Weiterleitung zu anderen Spezialisten umfasst.

In der Anlage wurden alle ICD-Kodes hämatologischer Neoplasien berücksichtigt. In diesem Zusammenhang wurde der Code C46.- Kaposi-Sarkom nicht übernommen. Patientinnen und Patienten mit kutanen Manifestationen des Kaposi-Sarkoms können bereits in der Anlage zu Hauttumoren betreut werden. Die Integration dieses Kodes in weitere Anlagen wird seitens des G-BA geprüft.

Im Vergleich zur ABK-Richtlinie ergeben sich nur marginale Veränderungen der Diagnoseliste. Neu berücksichtigt wurde die AL-Amyloidose, die wie das multiple Myelom eine maligne

Plasmazellerkrankung ist, durch Amyloidablagerungen zu schweren Organschäden führt und mit denselben Medikamenten wie das multiple Myelom behandelt wird.

D56.0 Alpha- Thalassämie

D56.1 Beta-Thalassämie

D56.2 Delta-Beta-Thalassämie

D56.8 Sonstige Thalassämien

D57.- Sichelzellkrankheiten

Thalassämie und Sichelzellanämie können schwere Erkrankungen der Blutbildung sein, für die ein Anstieg der Prävalenz in Deutschland zu verzeichnen ist. Sowohl Thalassämien als auch die Sichelzellkrankheit treten familiär gehäuft auf und können in unterschiedlichen Ausprägungen auftreten, weshalb es zur Versorgung dieser Erkrankungen einer besonderen Expertise und einer interdisziplinären Zusammenarbeit bedürfen kann. Insbesondere die kontinuierliche Begleitung der Betroffenen ist essenziell, um mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen oder deren Auftreten zu vermeiden.

Thalassämien sind durch eine defekte Hämoglobinsynthese charakterisiert und können neben schweren Anämien auch eine Splenomegalie und Knochenmarkhyperplasie entwickeln. Sind häufige Transfusionen erforderlich, kann es zu einer transfusions- und resorptionsbedingten Eisenüberladung kommen, was beispielsweise bei Eisenablagerungen im Herzmuskel zu einer Herzinsuffizienz führen kann. Neben Transfusionen gehören auch die Splenektomie sowie die Verabreichung von Chelatbildnern und eine Stammzelltransplantation zu den Therapiemöglichkeiten.

Bei Patientinnen und Patienten mit Sichelzellkrankheit wird unter Anderem regelmäßig das Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls beurteilt, um mögliche Anpassungen der Therapie vornehmen zu können. Dies erfolgt auch dann, wenn keine Krisen vorliegen, mit dem Ziel diese zu vermeiden. Des Weiteren können komplexe, mitunter auch neue Therapien zum Einsatz kommen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen. Vor diesem Hintergrund wurden diese Codes zusätzlich aufgenommen.

Einige ICD-10-Kodes werden in mehreren Anlagen aufgeführt. So können Lymphome beispielsweise sowohl im zentralen Nervensystem als auch in der Haut auftreten, so dass unterschiedliche Expertise erforderlich sein kann.

Für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Komplikationen nach allogener Stammzelltransplantation in der ASV wurde zudem die Anlage zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation beschlossen. Wegen der besonderen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation ist diese nicht von der Anlage zu Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung umfasst sind.

## **2.2.2 Behandlungsumfang**

Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V hat der G-BA den Behandlungsumfang zu bestimmen.

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

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

Leistungen sowie die Zuordnung zu den an der ASV beteiligten Facharztgruppen der Ebenen eins bis drei wird im Appendix vollzogen. Soweit die Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend aufgeführt. Die Leistungen außerhalb des EBM werden ergänzend benannt.

## **Diagnostik**

Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

### *Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation, Genterapie*

Bereits in der ABK-RL umfasste die Versorgung und Diagnostik von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer oder allogener Stammzelltransplantation. Für die Versorgung der jeweiligen Patientengruppen können jedoch unterschiedliche Anforderungen an die Teamzusammensetzung, den Behandlungsumfang sowie andere sächliche und organisatorische Maßnahmen erforderlich sein, sodass für die Behandlung vor und nach allogener Stammzelltransplantation eine eigene Anlage zur ASV-RL erarbeitet wurde. Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation können weiterhin im Rahmen der vorliegenden Anlage erfolgen. Ergänzend umfasst diese Anlage auch Voruntersuchungen und Nachsorge bei Genterapien, die zur Behandlung einiger von dieser Anlage umfassten Erkrankungen indiziert sein können.

## **Behandlung**

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

Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 4 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL erfüllt sind.

Der Behandlungsumfang erfolgte im Übrigen in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL.

Lymphome können auch die Haut befallen. Eine Therapieoption ist die Lichttherapie, sodass die Photochemotherapie (PUVA) unter Behandlung ergänzt wurde.

## **Beratung**

Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

Bereits in der alten Fassung der Richtlinie nach § 116b SGB V („ambulante Behandlung im Krankenhaus“) war die psychosoziale Beratung ein Bestandteil des Beratungsumfanges. Bei dem chronischen und zumeist mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen verbundenen Krankheitsverlauf ist die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten von Patientinnen und Patienten, wie auch deren Bezugspersonen, essenziell und wird in die neue ASV-RL nach §116b SGB V übernommen.

### Beratung zur sozialen Integration und risikoadaptierten Nachsorge

Beratung zur sozialen Integration und zur risikoadaptierten Nachsorge waren in der ABK-RL aufgeführt. Durch die Gliederung der ASV-Anlagen sind diese zwei Punkte bereits in den vorhandenen Beratungspunkten inkludiert, so dass auf eine explizite Nennung verzichtet wurde.

Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Onkologische Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, mit denen der Patient lebenslang umzugehen lernen muss. Durch die Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen, die für seine Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des Patienten bleibt bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen hin.

Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann die Ernährung den Verlauf onkologischen Erkrankungen u.a. durch die Beeinflussung von Entzündungsmediatoren positiv verändern.

Der Behandlungsumfang zur Beratung erfolgte im Übrigen in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen Anlagen der ASV-RL.

### **Folgende weitere spezifische Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, wurden aufgenommen:**

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

Untersuchungen mittels PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose sollen bei Lymphomen und extramedullären Leukämieherden auch über die vom G-BA bereits zugelassenen Indikationen erbracht werden können, wenn sie zur Therapieplanung notwendig sind. Wie vom G-BA in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nummer 14 (PET) in § 2 Abs. 4 festgelegt, soll die Indikation zur PET- bzw. PET/CT-Untersuchung im interdisziplinären Team abgesprochen und die aus der PET-Untersuchung abzuleitenden therapeutischen Konsequenzen dargelegt werden.

Hierzu gehören unter anderem laut den S3 Leitlinien Hodgkin Lymphome, Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom und Follikuläres Lymphom insbesondere folgende Beispiele:

PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei Patientinnen und Patienten mit:

- Hodgkin-Lymphom zur weiteren Therapieplanung
  - als Interim-Staging bei tumorspezifischer Systemtherapie,
  - bei refraktärer oder rezidivierender Erkrankung,
- Aggressivem Non-Hodgkin-Lymphom zur weiteren Therapieplanung
  - als Interim-Staging bei tumorspezifischer Systemtherapie,
  - nach Abschluss der tumorspezifischen Systemtherapie,
  - bei refraktärer oder rezidivierender Erkrankung
- Follikulärem Lymphom oder Peripherem T-Zell Lymphom
  - zur Therapieplanung,
  - zur weiteren Therapieplanung nach Abschluss der tumorspezifischen Systemtherapie,
  - bei refraktärer oder rezidivierender Erkrankung

Low-Grade Non-Hodgkin-Lymphom mit Verdacht auf maligne Transformation zum aggressiven Non-Hodgkin-Lymphom.

Der G-BA hat im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfangs aus der ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie Koordination der onkologischen Behandlung und die intravenös, intraarteriell oder intracavitär applizierte zytostatische Tumortherapie sowie palliative Leistungen bislang keine oder keine ausreichende Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Daher erfolgte die Aufnahme dieser Punkte Abschnitt 2 (weitere spezifische Leistungen) des Appendix. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hatte man diesem besonderen Umstand durch die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patientinnen und Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)), im Weiteren kurz Onkologie-Vereinbarung genannt, Rechnung getragen. GOP für die Abbildung von Tumorkonferenzen und Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL wurden als ASV Leistungen bereits in den Bereich VII EBM übernommen. Durch Benennung der Aspekte Koordination der Behandlung mit Verweis auf die entsprechenden Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung und palliative Versorgung an dieser Stelle unterstreicht der G-BA deren besondere Bedeutung auch im Hinblick auf eine sachgerechte Umsetzung der ASV. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterliegt einem anderen gesetzlichen Regelungskontext (§ 37b SGB V) und ist daher nicht Bestandteil des Behandlungsumfangs in der ASV. Gleichwohl kann die SAPV veranlasst werden.

### **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

#### **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden die Regelungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL der neuen Teamgestaltung angepasst, obgleich das Spektrum an Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

##### **a) Teamleitung**

###### Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Da die medikamentöse Systemtherapie bei hämatologischen Neoplasien regelhaft die entscheidende Behandlungsmodalität ist, wird die Teamleitung der Fachdisziplin Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie zugeordnet.

##### **b) Kernteam**

Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen.

Bei Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung erfolgt die Behandlung primär durch die Fachgruppen Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Strahlentherapie.

Strahlentherapie ist bei Lymphomen eine wichtige Therapieoption, wobei sie selten als alleinige Therapie zum Einsatz kommt, z. B. bei lokalisierten Stadien niedrig maligner Lymphome, als Therapie zur Konsolidierung nach medikamentöser Systemtherapie bei höher malignen Lymphomen oder als palliative Therapie, z. B. bei Skelettbefall. Deshalb wird das Fachgebiet Strahlentherapie ebenfalls dem Kernteam zugeordnet.

In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (z.B. Fachärztin bzw. Facharzt mit Schwerpunkt)

abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen bzw. Ärzten, die in dem entsprechenden Fachgebiet schon länger tätig sind, aber naturgemäß die neu eingeführte Spezialisierung als Ausbildungsinhalt nicht erworben haben können, diese Leistungen weiter zu erbringen. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des EBM gemäß § 87 Absatz 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin ohne spezialisierte Facharztkompetenz (Schwerpunkt) unter bestimmten Bedingungen ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen erhalten.

Um auch erfahrenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten, die über den oben genannten Weg die Zulassung erworben haben und z. B. im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seit Jahren onkologische Leistungen erbringen, die Teilnahme an der ASV zu ermöglichen, wurde die Sonderregelung für das Kernteam getroffen, dass sowohl Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie als auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, teilnehmen können. Es handelt sich um eine Übergangsregelung basierend auf entsprechenden Regelungen im EBM, um die letztgenannten erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzte nicht von der ASV auszuschließen. Der Stichtag wurde erstmalig mit der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen- Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle am 20.02.2014 beschlossen, der 31. Dezember 2015 als angemessener Zeitraum erachtet, um eine Teambildung nicht zu gefährden. Mit der generellen Stichtagsregelung, die bei Teilnahme der entsprechenden Fachgruppe für alle Anlagen zur ASV-RL gilt, wird hervorgehoben, dass zukünftig die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie verpflichtende Voraussetzung sein soll.

Weitere Fachgruppen, die bei Betroffenheit anderer Organsysteme wie beispielsweise des Zentralen Nervensystems oder des Gastrointestinaltraktes erforderlich sein können, wurden in die Ebene der Hinzuzuziehenden aufgenommen. Die Erforderlichkeit ihrer Einbindung richtet sich nach der jeweiligen Krankheitsausprägung und kann demnach stark variieren, sodass auf die Aufnahme weiterer Fachgruppen in das Kernteam verzichtet wurde.

### **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

**Für folgende Fachdisziplinen, die bereits in der ABK-Richtlinie benannt sind, wurde eine Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:**

In Analogie zu den anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen wurden dem Kernteam nur die Fachdisziplinen zugeordnet, die für die Durchführung der medikamentösen, chirurgischen Therapie oder Strahlentherapie hauptverantwortlich sind, während die zumindest überwiegend diagnostisch relevanten Fachdisziplinen der dritten Ebene zugeordnet wurden.

#### Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Die notwendige Expertise zur Versorgung der Patientengruppe in der Ebene der Hinzuzuziehenden kann sowohl durch Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde als auch Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie eingebracht werden. Um eine Teambildung zu ermöglichen, kann eine Einbeziehung der Fachgruppen je nach Schwerpunkt bzw. Ausrichtung möglich sein, einzeln oder gemeinsam.

Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie Diese Fachgruppe kann für die Diagnose und Therapie von endokrinologischen Störungen, wie z. B. einer Unterfunktion der

Schilddrüse bei Lymphombefall oder der Entgleisung eines Diabetes mellitus bei Steroidtherapie relevant sein.

#### Innere Medizin und Gastroenterologie

Bei Lymphomen ist der Gastrointestinaltrakt häufig involviert. Einige Lymphome wie MALT (**Mucosa Associated Lymphoid Tissue**) können auch auf die Schleimhaut von Magen- und Darmtrakt beschränkt sein. Zur Diagnostik und Therapieplanung kann der Einbezug der Fachgruppe Innere Medizin und Gastroenterologie erforderlich sein.

Innere Medizin und Kardiologie Die Einbindung dieser Fachgruppe kann erforderlich sein, da im Rahmen der Behandlung häufig kardiotoxische Medikamente verabreicht werden, die das Auftreten kardiale Beschwerden wie beispielsweise eine schwere Herzinsuffizienz begünstigen können.

#### Innere Medizin und Nephrologie

Im Rahmen der Therapie können therapieinduzierte Komplikationen wie Tumorlysesyndrom, CRS (cytokine release syndrome) oder bei einigen Medikamenten wie Cisplatin eine terminale Niereninsuffizienz auftreten, sodass diese Fachgruppe in die Ebene der Hinzuzuziehenden aufgenommen wurde.

#### Neurologie

Ein Neurologe ist fest im Team vorzusehen; die Fachgruppe wird benötigt zur Diagnostik von sekundärem oder primärem ZNS-Befall durch Lymphome. Da je nach Patientenzusammensetzung in seltenen Fällen auch die Fachgruppe Neurochirurgie erforderlich sein kann, kann diese zusätzlich benannt werden, gehört aber nicht obligat dem Team an.

Nuklearmedizin Diese Fachgruppe wird unter anderem zur Durchführung der PET-Untersuchung mit benötigt.

Pathologie Die Fachgruppe Pathologie ist unverzichtbar zur histopathologischen und molekularpathologischen Beurteilung bei hämatologischen Neoplasien.

#### Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

Neben den bereits in der ABK-RL genannten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und-Therapeuten wurde wie bereits in anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen auch die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ergänzt, um diese Fachgruppen nicht von der ASV auszuschließen.

#### Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

Die Konkretisierung der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung sieht vor, dass die palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V) zu dem ASV-Behandlungsumfang zu zählen ist. Zur Sicherstellung dieser Anforderung muss ein Mitglied der in den personellen Anforderungen benannten Facharztgruppen über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen. Damit ist die palliativmedizinische Versorgung abgedeckt und eine Teilnahme von weiteren Fachärztinnen bzw. Fachärzten des fachärztlichen oder hausärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der ASV nicht erforderlich.

**Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden folgende Änderungen an der Ebene der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte vorgenommen:**

Entsprechend der ABK- Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder Fachärzte einzubinden, ...“ wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams des Weiteren um folgende Fachgruppen ergänzt.

Allgemeinchirurgie und/oder Viszeralchirurgie:

Die chirurgische Expertise ist beispielsweise erforderlich für die operative Entfernung oder offene Biopsie eines Lymphknotens bei Lymphomen oder für die Anlage von Portkathetersystemen. Auch wenn ein ggf. größerer Eingriff selbst nicht im Rahmen der ASV vorgenommen werden sollte, sind Aufklärung/Beratung und evtl. ambulant behandelbare Folgen des Eingriffs durch eine oder beide Fachgruppen zu übernehmen.

Laboratoriumsmedizin Die Fachgruppe Laboratoriumsmedizin ist wegen der zahlreichen notwendigen Laboruntersuchungen essenzieller für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hämatologischen Neoplasien oder schweren Erkrankungen der Blutbildung.

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie Diese Fachgruppe wurde in die Ebene der Hinzuzuziehenden aufgenommen, da aufgrund der regelhaft auftretenden Immunsuppression bei der Behandlung hämatologischer Neoplasien vital bedrohlich Infektionen häufig sind.

Neurochirurgie

Die Expertise für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit zerebraler Beteiligung bei Lymphomen kann auch durch das Fachgebiet Neurochirurgie eingebracht werden. Da die Beteiligung dieses Fachgebietes jedoch nicht regelhaft erforderlich ist, gehört sie aber nicht obligat dem Team an.

Transfusionsmedizin

Bei den in dieser Anlage behandelten Patientinnen und Patienten kommt es wesentlich häufiger zur Ausbildung irregulärer Antikörper, so dass für deren Austestung vor Transfusionen spezielle Expertise erforderlich ist. Daher hat der G-BA entschieden, auch die Fachgruppe Transfusionsmedizin in das Team aufzunehmen. Da allerdings die Anzahl an verfügbaren Transfusionsmedizinern gering ist und zudem die meisten nicht in der vertragsärztlichen Versorgung oder in einem Krankenhaus arbeiten, sondern häufig bei (nicht ASV-berechtigten) Blutbanken bzw. Blutspendediensten tätig sind, ist diese Fachgruppe kein obligater Bestandteil des interdisziplinären Teams. Sollte die Fachgruppe nicht Teil des Teams sein ist alternativ (unter 3.2) die Kooperation mit einer transfusionsmedizinischen Einrichtung bzw. einer entsprechenden Fachärztin oder einem entsprechenden Facharzt vorzusehen.

**Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden folgende Facharztgruppen nicht ins ASV-Team aufgenommen:**

Humangenetik, Infektiologie, Innere Medizin und Angiologie, Gefäßchirurgie.

Diese Fachgruppen waren in der ABK-RL lediglich im allgemeinen Teil aufgeführt und konnten bei Bedarf in die Behandlung eingebunden werden. Da eine regelhafte Beteiligung bei den in der Anlage gelisteten Indikationen nicht erforderlich ist, wurden sie nicht in diese Anlage aufgenommen.

### **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a. eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)“. Dies gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapielevanten Informationsaustausch ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Unter 2.2.3.1 c) wird bereits darauf hingewiesen, dass eine Kooperation mit einer transfusionsmedizinischen Einrichtung vorzusehen ist, falls kein Transfusionsmediziner dem Team angehört. Da die transfusionsmedizinische Expertise demnach als erforderlich angesehen wird, ist hierfür auch eine vertragliche Kooperationsvereinbarung vorzusehen.

Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung unter Nummer 3.2 b) wurde aus fachlichen Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Fachärztin bzw. ein Facharzt Rufbereitschaft leisten muss. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die 24-Stunden-Erreichbarkeit vor allem onkologisch tätiger Fachärzte für ihre Patienten bereits gelebte Praxis.

Es ist davon auszugehen, dass in der Regel die Fachgruppe Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die medikamentöse Systemtherapie übernimmt. Da die meisten notfallmäßig zu behandelnden Komplikationen im Rahmen der Systemtherapie auftreten, soll die Rufbereitschaft durch diese Fachdisziplin übernommen werden.

Vor dem Hintergrund, dass auch Patientinnen und Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen im Rahmen der Anlage betreut werden können, erfolgte eine Anpassung bezüglich der Qualifikation der einzubindenden Pflegefachkräfte. Die genannten Zusatzqualifikationen von Pflegefachkräfte sind dann zu erfüllen, wenn diese in die onkologische Behandlung eingebunden sind.

### **2.2.3.3 Dokumentation**

Die Dokumentation beinhaltet die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprüfen zu können. Die Angabe des ICD-Kodes ist obligat.-Unabhängig hiervon sind die aufgrund anderer Rechtsvorschriften (z.B. ärztliches Berufsrecht, bürgerliches Recht, Strahlenschutzrecht, Datenschutzrecht) bestehenden Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation einzuhalten.

Bei Patientinnen und Patienten, die nach Behandlung eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes wegen Langzeitkomplikationen in die ASV aufgenommen werden, wird der entsprechende ICD-Code der Tumordiagnose mit dem Zusatzkennzeichen Z für „Zustand nach“ versehen.

### 3.3 Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung mitbringen müssen.

Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen können. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen, wie sie in § 6 ABK-RL geregelt wurde, fest. Die dort definierte Mindestmenge von 90 je Einrichtung wurde in der ABK-RL auf Anregung von Expertinnen und Experten festgelegt.

Diese Festlegung der Mindestmengen aus der ABK-RL wurde im Rahmen der Beratungen auf einen möglichen Anpassungsbedarf aufgrund des gegenwärtigen Prävalenzgeschehens überprüft. Ein solcher Anpassungsbedarf konnte nicht festgestellt werden, weshalb die ursprünglichen Festlegungen in die ASV-RL übernommen wurden.

Die Mindestmenge muss durch das Kernteam nachgewiesen werden, da nur die Ärzte im Kernteam regelmäßig in die Behandlung eingebunden sind.

Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

Wie auch bei den anderen onkologischen Erkrankungen in der ASV-RL ist eine arztbezogene Mindestmenge vorgesehen. Um zu gewährleisten, dass das Kernteam über eine ausreichende allgemeine Behandlungsroutine insbesondere bei der intravenösen Chemotherapie verfügt, muss demnach mindestens eine dem Kernteam angehörende Fachärztin bzw. ein dem Kernteam angehörender Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie diese pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt nachweisen.

Die Mindestmengen umfassen die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 Patientinnen und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt.

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

## **2.2.4 Überweisungserfordernis**

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

Kern der ASV ist die interdisziplinäre Versorgung. Auslöser für den interdisziplinären Versorgungsbedarf ist die Feststellung einer gesicherten Tumordiagnose. Damit ist sichergestellt, dass interdisziplinäre Therapieentscheidungen innerhalb der ASV getroffen werden können.

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

Eine Überweisung kann auch erfolgen, wenn nach erfolgter Behandlung eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes einer Langzeitkomplikation oder Spättoxizität auftritt. Nicht gemeint ist hiermit die reguläre Nachsorge.

## **2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

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

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

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

Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der erkrankungsspezifischen Regelungen. Dabei wurden die EBM-GOP grundsätzlich unter Berücksichtigung der entsprechenden Abrechnungsbestimmungen des EBM sowie unter besonderer Berücksichtigung der für eine Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen GOP zugewiesen. Abweichungen ergaben sich aus dem ASV-spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So wurden u.a. der 3. Ebene, die lediglich auf Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden kann, keine Leistungen zugeordnet, die nicht zum Kern des Fachgebietes gehören.

Gemäß der Präambel zum Appendix ist der EBM einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2024 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024 Grundlage für den Ziffernkranz bei Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung. Ebenfalls wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.

Der G-BA prüft regelmäßig den Anpassungsbedarf des Behandlungsumfangs. Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus Änderungen

des EBM Anpassungsbedarf für den Behandlungsumfang ergibt und in diesem Fall Hinweise an den G-BA erteilt.

### **Abschnitt 1:**

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

Erstellt wurde eine Liste mit allen GOP, die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der erkrankungsspezifischen Regelungen in Frage kommen können. Im Appendix findet sich die zugrundeliegende Auflistung der GOP des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang.

Durch den Einschluss der relevanten GOP soll – insbesondere im Zusammenhang mit einer spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder – eine umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte Wechsel zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese von den vertragsärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der ASV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung des § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

#### **Die Definition der GOP des Appendix erfolgte analog dem Aufbau des EBM:**

##### **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine GOP**

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

Ausgewählte GOP aus diesem Bereich wurden auch hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten arztgruppenspezifisch zugeordnet.

##### **Bereich III Arztgruppenspezifische GOP**

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

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

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

## **Bereich IV Arztgruppenübergreifende spezielle GOP (unter speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige GOP)**

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

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

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

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

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

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

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

Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung in Frage kommen.

#### **Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen**

##### **1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2**

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

##### **2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3**

Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

### **Kapitel 33 und 34: Zuordnung der Leistungen Ultraschalldiagnostik sowie Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanztomographie**

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

### **Kapitel 35 Leistungen gemäß den Richtlinien des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie**

Die Konkretisierung sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und Betreuung sowie die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten vor. Die psychotherapeutischen Fachgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und können somit nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

## Abschnitt 2:

Das in Abschnitt 2 des Appendix benannte Verfahren ist für Erkrankungen der vorliegenden Konkretisierung derzeit nicht im EBM enthalten bzw. Bestandteil von Pauschalen.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 509.535 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 1.553.175 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

### 4. Verfahrensablauf

Am 7. Dezember 2022 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV) bzw. am 28. Juni 2023 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 18 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
8. November 2023	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
12. Dezember 2023	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfes
25. Januar 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes
28. Februar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes
26. März 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes
18. April 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes
16. Mai 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes
18. Juni 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
25. Juni 2024	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfes
16. Juli 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe
24. Juli 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfes
15. August 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfes und der Tragenden Gründe

21. August 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Beschlussentwurf	Appendix	des
2. September 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Beschlussentwurf	Appendix	des
11. September 2024	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens		
16. Oktober 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Beschlussentwurf	Appendix	des
22. Oktober 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe		
30. Oktober 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Beschlussentwurf	Appendix	des
31. Oktober 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe		
13. November 2024	UA ASV	Beschlussempfehlung an das Plenum		
19. Dezember 2024	Plenum	Beschlussfassung		

*(Tabelle Verfahrensablauf)*

## Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom 11. September 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren am 30. September 2024 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 28. Oktober 2024.

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die BfDI meldeten fristgerecht den Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) meldete verfristet den Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme (**Anlage 4**).

## 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **19. Dezember 2024** beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V zu ändern: Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

## 6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter  
Beschlusssentwurf zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche  
Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des  
lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
Blutbildung inklusive der Tragenden Gründe

Anlage 4: Rückmeldungen

Berlin, den 19. Dezember 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung**

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

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

Bei dem vorliegenden Beschluss handelt es sich um eine Konkretisierung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL. Mit diesem Beschluss wird die Anlage 1.1 der ASV-RL zu Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen a) onkologische Erkrankungen hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ergänzt. Die hier vorliegende Ermittlung der Bürokratiekosten bezieht sich auf die in dieser Konkretisierung enthaltenen Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und berücksichtigt darüber hinaus auch die im allgemeinen Paragrafenteil der ASV-RL enthaltenen Informationspflichten, da diese erst im Zusammenhang mit der vorliegenden Konkretisierung ausgewiesen werden können.

Hinsichtlich der Vorgabe in § 15 Satz 2 ASV-RL, wonach die Information der Patientin bzw. des Patienten über die Versorgungsform, das behandelnde interdisziplinäre Team sowie dessen Leistungsspektrum zu dokumentieren ist, wird davon ausgegangen, dass diese Dokumentation der Patienteninformation eine Anforderung mit hohem Sowieso-Kosten-Anteil darstellt. Insofern wird dieser Dokumentationsaufwand als gering eingeschätzt und ist daher an dieser Stelle hinsichtlich der Quantifizierung zu vernachlässigen. Gleiches gilt für die Vorgabe in § 15 Satz 3 ASV-RL, wonach der Patientin bzw. dem Patienten im Rahmen des Überleitungsmanagements eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen ist. Die verpflichtend vorgesehene Registrierung der Patientinnen und Patienten in den Krebsregistern der Bundesländer (Nr. 3.2 p) folgt einer bereits bestehenden gesetzlichen Vorgabe, weshalb hieraus im Zusammenhang mit dem vorliegenden Beschluss keine zusätzlichen Bürokratiekosten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer entstehen. Die in Nr. 3.2 d) enthaltene Regelung, wonach Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Ergebnisse von interdisziplinären Tumorkonferenzen zu dokumentieren sind, spiegelt etablierte Verfahren und Standards in der Behandlung von Tumorpatienten wider. Die damit einhergehenden Dokumentationsaufwände stellen Sowieso-Kosten dar, auf deren Quantifizierung an dieser Stelle verzichtet wird, da in diesem Zusammenhang nicht von einem zusätzlichen, neu entstehenden bürokratischen Aufwand für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auszugehen ist. Darüber hinaus ergeben sich aus dem Beschluss die nachstehend genannten Informationspflichten.

## 1. Anzeigeverfahren

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 ASV-RL haben Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. Diese Anzeigepflicht beruht auf der entsprechenden Vorgabe des Gesetzgebers in § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V und löst für Krankenhäuser das Zulassungsverfahren nach § 116b SGB V a.F. ab. Für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte handelt es sich um eine neue Informationspflicht. Durch die Ablösung des bestehenden Zulassungsverfahrens entfallen die entsprechenden Bürokratiekosten für die bisher (bezogen auf die Behandlung von Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung) zur Erbringung ambulanter Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V a.F. zugelassenen Krankenhäuser. Da das nun implementierte Anzeigeverfahren im Vergleich zu den Regelungen des bisherigen § 116b SGB V gänzlich neu eingeführt wird und entsprechende Bürokratiekostenabschätzungen hinsichtlich des alten Zulassungsverfahrens nicht vorliegen, erfolgt an dieser Stelle eine vollständige Bürokratiekostenermittlung der in der ASV-RL und der betreffenden Anlage enthaltenen Informationspflichten.

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

Es wird davon ausgegangen, dass für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens je Team ein zeitlicher Aufwand von 70 Stunden (4.220 Minuten) bei hohem Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) erforderlich ist. Dabei werden folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

**Tabelle 1: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Anzeigeverfahren)**

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Team</b>
Einarbeitung in die Informationspflicht	360
Beschaffung von Daten	2.510
Aufbereitung der Daten	180
Datenübermittlung und Veröffentlichung	15
Interne Sitzungen	60
Externe Sitzungen	960
Kopieren, Archivieren, Verteilen	45
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	90 (360 Min., jedoch bei 25% der Teams)
Insgesamt:	4.220

Der Minutenwert für die Beschaffung der notwendigen Daten resultiert aus der Annahme, dass hierfür je Ärztin bzw. Arzt ein zeitlicher Aufwand von zwei Stunden anfällt sowie – insbesondere für den Nachweis sächlicher und organisatorischer Anforderungen – zusätzliche 4,5 Stunden je Team. Zudem fallen weitere 200 Minuten für den Nachweis der unter Nr. 3.4 des Beschlusses enthaltenen facharztspezifischen Mindestmengenvorgaben an.

Hinsichtlich des Zeitaufwands für interne Sitzungen wird davon ausgegangen, dass bei jedem der zwei Kernteamärzte ein Aufwand von 30 Minuten entsteht; für externe Sitzungen wird der Zeitaufwand auf acht Stunden je Kernteamarzt geschätzt.

Zusätzlich entstehen im Rahmen des Anzeigeverfahrens externe Kosten in Form von Anwaltskosten im Zuge des Abschlusses von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den

Ärztinnen und Ärzten eines ASV-Teams. Hierbei ist davon auszugehen, dass je nach den konkreten Gegebenheiten der daraus resultierende anwaltliche Beratungsbedarf stark divergiert. Es sind Fälle denkbar, in denen für den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarungen keine Rechtsanwältin bzw. kein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, sondern eigene Ressourcen vorhanden sind, in anderen Fällen wird ein umfänglicher Beratungsbedarf angezeigt sein. Da an dieser Stelle gewisse Unsicherheiten über die tatsächliche Inanspruchnahme von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten besteht, wird im Sinne einer vereinfachten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von fünf Stunden je Team entsteht. Wird für die Vergütung der Anwältin bzw. des Anwaltes ein Stundensatz von 59,70 Euro veranschlagt (Wirtschaftsabschnitt M der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes), ergeben sich hieraus Bürokratiekosten in Höhe von 299 Euro je Team. Des Weiteren entstehen sonstige Kosten in Form von Portokosten in Höhe von 27,20 Euro je Team (17 x 1,60 Euro).

Insgesamt entstehen für das Durchlaufen des Anzeigeverfahrens somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 4.463 Euro (59,1 Euro x 70 + 299 + 27,20).

## 2. Meldung nach Zulassung

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

Hierbei ist je Team ein zeitlicher Aufwand von 39 Minuten (drei Minuten je Ärztin bzw. Arzt bei 17 Ärztinnen und Ärzten je Team) bei niedrigem Qualifikationsniveau (22,90 Euro/h) erforderlich. Hieraus entstehen Bürokratiekosten je Team in Höhe von 19,47 Euro (22,90 Euro / 60 x 51).

Tabelle 2: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Meldung nach Zulassung)

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Team</b>
Datenübermittlung und Veröffentlichung	17
Kopieren, Archivieren, Verteilen	34
Insgesamt:	51

## 3. Neubesetzung

Das Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams sowie die ggf. erforderliche Benennung eines neuen Mitglieds sind dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 Sätze 3 u. 4 ASV-RL). Hierbei ist davon auszugehen, dass für das neu benannte Mitglied Teile des Anzeigeverfahrens (vgl. 1.), insbesondere solche, die den Nachweis der Erfüllung

personeller Anforderungen betreffen, durchgeführt werden müssen. Der Aufwand ist somit identisch zu den personenbezogenen Aufwendungen des Anzeigeverfahrens. Hierfür wird ein zeitlicher Aufwand von 160 Minuten je Neubesetzung sowie erforderliches hohes Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) veranschlagt. Dies ergibt geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 157,60 Euro (59,10 Euro / 60 x 160) je neu zu besetzendem Mitglied.

Tabelle 3: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Neubesetzung)

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

#### 4. Vertretung

Gemäß § 3 Abs. 4 Satz 3 ASV-RL sind Vertretungen von Mitgliedern des ASV-Teams, welche länger als eine Woche dauern, gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankengesellschaft zu melden. Es wird davon ausgegangen, dass eine solche Vertretungsmeldung pro Teammitglied dreimal jährlich erfolgt und einen Zeitaufwand von neun Minuten je Meldung bei hohem Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) nach sich zieht. Je Meldung entstehen somit geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 8,87 Euro. Je Teammitglied resultieren daraus Bürokratiekosten in Höhe von 26,61 Euro (3 x 8,87 Euro) jährlich. Bei insgesamt 17 Teammitgliedern ergeben sich jährliche Bürokratiekosten von 452,37 Euro (26,61 Euro x 17).

Tabelle 4: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Vertretung)

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

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

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

Zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ergibt sich allerdings aus der Vorgabe, die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu unterrichten. Es wird angenommen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei niedrigem Qualifikationsniveau (22,90 Euro/h) erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 1,15 Euro. Bei geschätzt rund 108.000 Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung, welche jährlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden, ergeben sich insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von 124.200 Euro (1,15 Euro x 108.000) pro Jahr.

**Tabelle 5: Standardaktivitäten und Zeitwerte (Information der einweisenden Ärztin bzw. des einweisenden Arztes)**

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Fall</b>
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	3
Insgesamt:	3

## 6. Nachweis der Erfüllung der Mindestmenge in den Folgejahren

Die Mitglieder des Kernteams haben die Erfüllung der erforderlichen Mindestmenge in den Folgejahren zu belegen (der Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist im ersten Jahr dagegen bereits im Rahmen des Anzeigeverfahrens zu führen). Je Team müssen drei Kernteamärzte den Nachweis erbringen. Erforderlich ist hierfür hohes Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h). Die hierbei relevanten Standardaktivitäten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

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

<b>Standardaktivität</b>	<b>Minutenwert je Kernteamarzt</b>	<b>Minutenwert je Kernteam</b>
Beschaffung von Daten	90	180
Datenübermittlung und Veröffentlichung	1	2
Kopieren, Archivieren, Verteilen	2	4
Insgesamt:	93	186

Die Schätzung des für die Beschaffung der notwendigen Daten erforderlichen Zeitaufwands erfolgte unter Rückgriff auf den hierfür in der Zeitwerttabelle vorgesehenen Wert von drei Minuten (bei einfacher Komplexität). Für den Nachweis der erforderlichen Mindestmenge ist für jeden Kernteamarzt in 90 Fällen eine entsprechende Datenbeschaffung notwendig, woraus der Minutenwert pro Kernteam von 186 Minuten resultiert. Diese Schätzung stellt eine allgemeine Annäherung dar. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Einrichtungen eine aufwandsärmere Umsetzung zum Beispiel mit Hilfe von Software möglich ist. Für jedes Kernteam entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten von geschätzt 183,21 Euro (59,1 Euro / 60 x 186).

Zusätzlich enthält der Beschluss die Vorgabe zum Nachweis einer facharztspezifischen Mindestmenge, welche sich auf bis 120 Patientinnen und Patienten je Quartal beläuft. Mithin sind auf das gesamte Jahr bezogen bis 480 Fälle nachzuweisen. Im Sinne einer typisierenden Abschätzung der damit einhergehenden Bürokratiekosten wird davon ausgegangen, dass unter Heranziehung eines Durchschnittswertes von 400 Fällen ein zusätzlicher Zeitaufwand von 200 Minuten (0,5 Minuten je Fall) für den Nachweis der facharztspezifischen Mindestmenge entsteht. Die daraus resultierenden Bürokratiekosten finden bereits innerhalb des Anzeigeverfahrens Beachtung.

## 7. Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen

Gemäß § 10 Abs. 3 lit. c) ASV-RL ist die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen der ASV-Kooperationspartner durchzuführen sowie hierzu Protokolle zu erstellen, ein notwendiger Bestandteil einer ASV-Kooperationsvereinbarung im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Aufgrund der noch bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der Form und des Umfangs der zu erstellenden Protokolle wird an dieser Stelle im Sinne einer vereinfachten, allgemein typisierten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von einer Stunde je Protokoll bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Bei zwei zu erstellenden Protokollen pro Jahr entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 118,20 Euro je Team.

## 8. Zusammenfassung

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

Tabelle 7: Insgesamt entstehende Bürokratiekosten je ASV-Team

<b>Informationspflicht</b>	<b>Kosten je Team in Euro</b>	<b>Frequenz</b>
Anzeigeverfahren	4.463	einmalig
Meldung nach Zulassung	19,47	einmalig
Neubesetzung	157,60	je neu zu besetzendem Mitglied
Vertretung	452,37	jährlich
Information der einweisenden Ärztin bzw. des einweisenden Arztes über die Aufnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	1,15	je Patient
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren	183,21	jährlich
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen	118,20	jährlich

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

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle potentiell in Frage kommenden Teams ihre Teilnahme an der ASV bereits im ersten Geltungsjahr dieser Richtlinienkonkretisierung anzeigen werden. Aufgrund einer gesetzlichen Übergangsfrist sowie des notwendigen zeitlichen Vorlaufs werden voraussichtlich erst nach Ablauf von zwei bis drei Jahren alle interessierten Teams ihre Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Hinsichtlich der Anzahl der sich bildenden Teams kann bei einer unterstellten jährlichen Patientenzahl von 180.000 sowie einer vorgesehenen Mindestmenge von 180 Patienten je (Kern-)Team und Jahr von einer geschätzten maximalen Anzahl von 600 Teams ausgegangen werden (108.000/180). Als mögliche Untergrenze wird von einer Anzahl von 93 Teams ausgegangen (bisherige Zulassungen nach § 116b SGB V a.F., vgl. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 257). Da die genaue Entwicklung der Teamzahlen schwer zu prognostizieren ist, wird für die

nachstehend aufgeführte Abschätzung der insgesamt entstehenden Bürokratiekosten (Tabelle 8) ein Durchschnittswert aus der genannten Ober- und Untergrenze herangezogen und von voraussichtlich 347 Teams ausgegangen.

**Tabelle 8: Hochrechnung der insgesamt zu erwartenden Bürokratiekosten (Annahme: 347 Teams)**

<b>Informationspflicht</b>	<b>Bürokratiekosten in Euro</b>
Anzeigeverfahren (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	1.546.430
Anzeigeverfahren in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	77.322
Meldung nach Zulassung (einmalig; insgesamt über die gesamte Einführungsphase)	6.745
Meldung nach Zulassung in den Folgejahren (jährlich; Annahme: 5% Fluktuation)	337
Neubesetzung (jährlich; Annahme: bei 5% der teilnehmenden Ärzte ergibt sich Bedarf für Neubesetzung; 347 Teams x 17 Ärzte = 5.899, davon 5% = 295 Ärzte)	46.492
Vertretung (jährlich)	156.746
Information des einweisenden Vertragsarztes (bei jährlich 108.000 Patientinnen/Patienten)	124.200
Nachweis der Mindestmengenerfüllung in den Folgejahren (jährlich)	63.182
Protokolle zu gemeinsamen qualitätsorientierten Konferenzen (jährlich)	40.956
<b>Summe einmalige Bürokratiekosten</b>	<b>1.553.175</b>
<b>Summe jährlich wiederkehrende Bürokratiekosten</b>	<b>509.535</b>

Insgesamt resultieren aus den aufgeführten Informationspflichten unter der Annahme von 347 ASV-Teams jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 509.535 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.553.175 Euro.



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

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



# 1 **Beschlussentwurf**

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung  
3 der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung  
4 § 116b SGB V:  
5 Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische  
6 Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen,  
7 blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
8 Blutbildung

9  
10 **Stand: 30.09.2024**

## 11 **Legende**

12 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

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

14 Vom 19. Dezember 2024

15 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2024  
16 beschlossen, die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b des Fünften  
17 Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (ASV-RL) in der Fassung vom 13. März 2013 (BAnz AT  
18 19.07.2013 B1), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ  
19 (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

20 I. Der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen wird folgende Tumorgruppe 10  
21 angefügt:

22 **„Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere  
23 Erkrankungen der Blutbildung**

### 24 **1 Konkretisierung der Erkrankung**

25 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
26 mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
27 Blutbildung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr

<b>KBV, GKV-SV</b> , bei denen eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie oder eine regelmäßige Transfusion von Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten oder eine andere krankheitsspezifische systemische medikamentöse Therapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.	<b>PatV</b> die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.	<b>DKG</b> . [keine Aufnahme]
---	--	----------------------------------

28

<b>KBV, PatV</b> Die Konkretisierung umfasst des Weiteren die Betreuung von Patientinnen und Patienten, die wegen eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes eine Therapie erhalten haben und an einer gesicherten Langzeitkomplikation/Spättoxizität leiden.	<b>GKV-SV, DKG</b> [keine Aufnahme]
---	--

29 Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden  
30 Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung im Sinne der Richtlinie zählen  
31 Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- 32 C81.- Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
- 33 C82.- Follikuläres Lymphom
- 34 C83.- Nicht follikuläres Lymphom
- 35 C84.- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
- 36 C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- 37 C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
- 38 C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten
- 39 C90.- Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
- 40 C91.- Lymphatische Leukämie
- 41 C92.- Myeloische Leukämie
- 42 C93.- Monozytenleukämie
- 43 C94.- Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
- 44 C95.- Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
- 45 C96.- Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen,  
46 blutbildenden und verwandten Gewebes
- 47 D45.- Polycythaemia vera
- 48 D46.- Myelodysplastische Syndrome
- 49 D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen,  
50 blutbildenden und verwandten Gewebes

- 51 D55.- Anämie durch Enzymdefekte
- 52 D56.0 Alpha- Thalassämie
- 53 D56.1 Beta-Thalassämie
- 54 D56.2 Delta-Beta-Thalassämie
- 55 D56.8 Sonstige Thalassämien

<b>DKG, PatV, KBV</b>	<b>GKV-SV</b>
D57.- Sichelzellenkrankheiten	D57.0 Sichelzellenanämie mit Krisen D57.2 Doppelt heterozygote Sichelzellenkrankheiten D57.8 Sonstige Sichelzellenkrankheiten

- 56 E85.9 Leichtketten-Amyloidose

57 **nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der**  
58 **Hämatopoese:**

- 59 D59.- Erworbene hämolytische Anämien
- 60 D60.- Erworbene isolierte aplastische Anämie [Erythroblastopenie] [pure red cell
- 61 aplasia]
- 62 D61.- Sonstige aplastische Anämien
- 63 D64.- sonstige Anämien

64 **nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten**  
65 **Thrombozytenwerten:**

- 66 D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- 67 D69.4 Sonstige primäre Thrombozytopenie

<b>DKG, PatV</b>	<b>KBV, GKV-SV</b>
D69.6 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	[streichen]

68 **nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik:**

- 69 D70.- Agranulozytose und Neutropenie
- 70 D71.- Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten

<b>DKG, PatV</b>	<b>GKV-SV, KBV</b>
D72.0 Genetisch bedingte Leukozytenanomalien	[keine Aufnahme]

71

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG, PatV</b>	<b>KBV</b>
Diese Anlage umfasst nicht die Behandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation.	Die Behandlung von Patientinnen und Patienten vor und nach allogener SZT ist in der Anlage 2n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern	[keine Aufnahme]

	Transplantationsgruppe 1: „allogene Stammzelltransplantation“ geregelt.	
--	---	--

72

73 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

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

75 **Diagnostik**

- 76 – Allgemeine und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- 77 – Anamnese
- 78 – Beratung, Behandlungsplanung und Therapiekontrolle
- 79 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
- 80 nuklearmedizinische Untersuchungen (wie zum Beispiel FDG-PET; FDG-PET/CT als
- 81 Staging-Untersuchung beim Hodgkin-Lymphom und als initiales Staging bei aggressiven
- 82 Non-Hodgkin-Lymphomen))
- 83 – Endoskopische Diagnostik
- 84 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 85 – Immunphänotypisierung
- 86 – Körperliche Untersuchung
- 87 – Laboruntersuchungen (z.B. HLA-Typisierung)
- 88 – Punktionen u.a. Knochenmark, Biopsien
- 89 – Tumorstaging
- 90 – Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation

**DKG, PatV**

, Gentherapie und anderen Therapieverfahren mit erhöhtem Risiko für Langzeitkomplikationen

**GKV-SV, KBV***[keine Aufnahme]*91 **Behandlung**

- 92 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 93 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 94 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 95 Eingriffen
- 96 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 97 – Behandlung in Notfallsituationen
- 98 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 99 Behandlungsfolgen
- 100 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 101 – Einleitung einer Rehabilitation

- 102 – Intrathekale Therapie
- 103 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 104 – Medikamentöse Therapien (inklusive Infusionstherapie und Immunsuppressive Therapie)
- 105 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 106 – Physikalische Therapie
- 107 – Photochemotherapie (PUVA)
- 108 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 109 – Schmerztherapie
- 110 – Strahlentherapie
- 111 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 112 – Transfusionen
- 113 – Wundversorgung
- 114 **Beratung**
- 115 – zu Beratung und Betreuung zur sozialen Integration
- 116 – zu Diagnostik und Behandlung
- 117 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 118 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 119 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 120 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 121 – zu Rehabilitationsangeboten
- 122 – zu risikoadaptierte Nachsorge
- 123 – zu Sexualität und Familienplanung
- 124 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 125 – zur Ernährung
- 126 Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
- 127 (EBM) sind:
- 128 – PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei malignen Lymphomen oder
- 129 extramedullären Leukämieherden zur Therapieplanung
- 130 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
- 131 Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere
- 132 Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der
- 133 Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 134 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 135 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 136 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 137 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 138 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder

139 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 140 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen  
 141 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des  
 142 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum  
 143 Beispiel Hospize, SAPV)

144 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
 145 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder  
 146 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 147 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder  
 148 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)

149 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 150 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

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

### 153 3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

#### 154 3.1 Personelle Anforderungen

155 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen,  
 156 blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung erfolgt durch ein  
 157 interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

#### 158 a) Teamleitung

159 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

#### 160 b) Kernteam

161

<b>GKV-SV, KBV, PatV</b>	<b>DKG</b>
– Haut- und Geschlechtskrankheiten	<i>[hier keine Aufnahme, Verortung in 3. Ebene]</i>

162 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

163 – Strahlentherapie

164 Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin  
 165 und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere  
 166 Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie,  
 167 denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur  
 168 Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä))  
 169 seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

#### 170 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte

171 – Allgemein- und/oder Viszeralchirurgie

172 – Anästhesiologie

173 – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV, KBV, PatV</b>
– Haut- und Geschlechtskrankheiten	<i>[hier keine Aufnahme, Verortung in 2. Ebene]</i>

- 174 – Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 175 – Innere Medizin und Gastroenterologie
- 176 – Innere Medizin und Kardiologie
- 177 – Innere Medizin und Nephrologie
- 178 – Laboratoriumsmedizin
- 179 – Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- 180 – Neurologie
- 181 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurochirurgie benannt werden.
- 182 – Nuklearmedizin
- 183 – Pathologie
- 184 – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
185 oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder  
186 Ärztlicher Psychotherapeut
- 187 – Radiologie
- 188 – Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Transfusionsmedizin benannt  
189 werden.
- 190 Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die  
191 Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.
- 192 **3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**
- 193 Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass
- 194 a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren  
195 Einrichtungen besteht:
- 196 – ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit  
197 besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten  
198 oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- 199 – Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 200 – Physiotherapie
- 201 – Referenzpathologie
- 202 – sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  
203 mit sozialen Beratungsangeboten
- 204 – Zahnheilkunde
- 205 Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
- 206 b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht:
- 207 – Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im  
208 ASV-Team vorhanden ist

- 209 Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
- 210 c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer  
211 bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht:
- 212 – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 213 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall  
214 erforderliche bildgebende Diagnostik.
- 215 d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte mehrheitlich eine  
216 staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern  
217 die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die  
218 entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- 219 e) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer  
220 onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder  
221 Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des  
222 Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen,  
223 mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon  
224 sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die  
225 Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- 226 f) der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen  
227 Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- 228 g) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 229 h) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentösen und  
230 transfusionsmedizinischen Behandlungen gegebenenfalls auch für eine Behandlung am  
231 Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht,
- 232 i) für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten  
233 und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
- 234 j) infektiöse Patientinnen und Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen  
235 Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können,
- 236 k) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten  
237 Wirkstoffe erfolgt,
- 238 l) eine gegebenenfalls tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen  
239 intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum  
240 Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten  
241 werden,
- 242 m) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und  
243 Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen  
244 und Patienten bereitgehalten werden,
- 245 n) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,
- 246 o) stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 247 p) den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches  
248 Informationsmaterial (zum Beispiel „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der

249 Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur  
 250 Verfügung gestellt wird,

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

253 **3.3 Dokumentation**

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

257 **3.4 Mindestmengen**

<b>KBV, PatV, GKV-SV</b>	<b>DKG</b>
Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.	Eine Mindestmenge wird hier mangels wissenschaftlicher Grundlage nicht festgelegt.

258

<b>GKV-SV, KBV, PatV</b>	<b>DKG</b>
<p>Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.</p> <p>Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.</p> <p>Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.</p> <p>In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen</p>	<i>[keine Aufnahme]</i>

<p>mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein.</p> <p>Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</p>	
--	--

259 **4 Überweisungserfordernis**

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

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.</p>	<p><b>DKG, PatV</b></p> <p>Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.</p>
--	---

262

<p><b>KBV</b></p> <p>Die Überweisung kann auch aufgrund einer gesicherten Langzeitkomplikation/Spättoxizität erfolgen bei Patientinnen bzw. Patienten, die wegen einer der unter 1 Konkretisierung aufgeführten Tumordiagnosen behandelt worden sind.</p>	<p><b>DKG, PatV</b></p> <p>Die Überweisung kann auch bei Verdacht auf oder aufgrund einer gesicherten Langzeitkomplikation/Spättoxizität erfolgen bei Patientinnen bzw. Patienten, die wegen einer der unter 1 Konkretisierung aufgeführten Tumordiagnosen behandelt worden sind.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	---	---

263 Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten  
264 Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet  
265 tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein  
266 Überweisungserfordernis.

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

269 **5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

270 **Präambel**

271 Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen  
272 (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen  
273 Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen  
274 Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des  
275 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten  
276 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)  
277 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des  
278 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023.

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

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

284 Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und  
285 Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine  
286 entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der  
287 Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt  
288 wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung  
289 und Genehmigung vorliegt.

290 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den  
291 Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten  
292 Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

293 **Appendix „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere**  
 294 **Erkrankungen der Blutbildung“**

295 **Legende**

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

296 *[Appendix ‚Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen*  
 297 *der Blutbildung‘ mit Abschnitt 1 und Abschnitt 2 gemäß Anlage 2 der Beratungsunterlagen*  
 298 *hier einfügen]“*  
 299

300 II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in  
301 Kraft.

302 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter  
303 [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

304 Berlin, den 19. Dezember 2024

305 Gemeinsamer Bundesausschuss  
306 gemäß § 91 SGB V  
307 Der Vorsitzende

308 Prof. Hecken

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

- mit
- Abschnitt 1 (Behandlungsumfang basierend auf den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für das 4. Quartal 2024)
- Abschnitt 2 (bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen des Behandlungsumfangs)

Stand: 30.09.2024

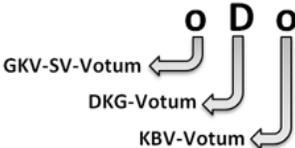
**Legende**

Die dreistellige Angabe (**Bsp: oDo**) in dem Tabellenblatt "Abschnitt 1" ist das Ergebnis aus der Verkettung aller von den Bänken abgegebenen bzw. nicht abgegebenen Voten.

Jede Stelle innerhalb der dreistelligen Angabe wurde einer Bank zugeordnet:

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

Beispiel: o D o



GDK	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören konsentiert für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang
ooo	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe konsentiert <u>nicht</u> zum Behandlungsumfang
_Do	=	Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 sind dissent
Hellblaue Schrift	=	Hinweise der G-BA-Geschäftsstelle

Hinweis:  
 Abweichend von der obigen Legende werden die Voten der jeweiligen Bänke entweder mit "1" (Einschluss) oder "0" (Ausschluss) für die Entscheidung im Plenum abgebildet.  
 Nach Plenumsbeschluss werden alle Zeilen mit GOP, die durchgängig vom Behandlungsumfang für alle Arztgruppen ausgeschlossen sind, gelöscht.









Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																												
						Innere Medizin und Hamatologie und Onkologie*	GKV/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	[DKG] Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	[GKV/SV, pmtf] Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszerarchirurgie								
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01477	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA companion patella	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01478	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Kranus Luteru	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01480	Beratung über Organ- und Gewebespenden	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01500	Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	GDK	GDK	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	GDK	000		
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01501	Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	000	000	000	000	000	000	000	000	0DK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01502	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	GDK	000	
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01503	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8	000	000	000	000	000	000	000	000	0DK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01510	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 2h	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01511	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01512	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 6h	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	GDK	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01520	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01521	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01522	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01530	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	
II	01	1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge	01531	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	















Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																														
						Imnere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	GGK/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Imnere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Imnere Medizin und Gastroenterologie	Imnere Medizin und Kardiologie	Imnere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GGK/SV, pruf  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie									
II	01	1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe	01932	HBs-Antigen und HBe-Antikörper vor Beginn einer PrEP	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		
II	01	1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe	01933	HBs-Antikörper vor Beginn einer PrEP	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		
II	01	1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe	01934	HCV-Antikörper im Rahmen einer PrEP	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		
II	01	1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe	01935	Treponementantikörper mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen einer PrEP	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe	01936	Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydiennachweis mittels NAT aus einem/mehreren Materialien, ggf. gepoolt im Rahmen einer PrEP	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01951	Zuschlag Wochenende, Feiertage	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01952	Zuschlag Therapiegespräch	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01953	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01955	Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01956	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	01	1.9	Meldungen implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantatregistergesetzes	01965	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme sowie Patienteninformation gemäß Implantatregistergesetz	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100	Infusion	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	GDK	
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02102	Intravasale Infusionstherapie mit Sebelpase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisiran	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02110	Erst-Transfusion	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	
II	02	2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	02111	Folge-Transfusion	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	





















































					Kernteam				Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																						
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Interne Medizin und Hamatologie und Onkologie*	GKV/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Interne Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Interne Medizin und Gastroenterologie	Interne Medizin und Kardiologie	Interne Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionssepiemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GKV/SV, pruf  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychoinrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie	
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18210	Grundpauschale - Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18211	Grundpauschale - Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18212	Grundpauschale - Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18215	Zuschlag Hygiene	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18222	Zuschlag zur GOP 18220	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.2	Orthopädische Grundpauschalen	18228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungfall	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18320	Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18330	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18340	Behandlung von sekundär heilenden Wunden oder Decubitalucera	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	18	18.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	18700	Zusatzpauschale Behandlung von Rheumatoider Arthritis, Seronegativer Spondylarthritis, Kollagenose, Myositis	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.2	Pathologische Konsiliarpauschalen	19210	Konsiliarpauschale	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.2	Pathologische Konsiliarpauschalen	19215	Zuschlag Hygiene	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19312	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19313	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19314	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310, Einbettung in Kunststoff	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19315	Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19317	Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19319	Zytologische Untersuchung von Urin	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
III	19	19.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19320	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000	000	000	000	000	000	000



























































Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam			Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																							
						Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	GGK SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GGK SV   radiol  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie		
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32064	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Harnsäure	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32065	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Harnstoff	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32066	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Kreatinin (Jaffé-Methode)	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32067	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Kreatinin, enzymatisch	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32068	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Alkalische Phosphatase	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32069	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - GOT	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32070	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - GPT	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32071	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Gamma-GT	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32072	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087 - Alpha-Amylase	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000









Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																						
						Innere Medizin und Hamatologie und Onkologie*	GKV/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GKV/SV, rufH  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychoanalyse und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie			
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32144	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 - Kokain	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32145	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 - Methadon	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32146	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 - Opiate (Morphin)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32147	Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 - Phencyclidin (PCP)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32148	Alkohol-Bestimmung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32150	Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	
IV	32	32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32151	Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	GDK	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32152	Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32155	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Alkalische Leukozytenphosphatase	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32156	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Esterasereaktion	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32157	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Peroxydasereaktion	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32158	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Peroxydasereaktion	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32159	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Eisenfärbung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32160	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Saure Phosphatase	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																								
						Interne Medizin und Hamatologie und Onkologie*	GKV/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Interne Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Interne Medizin und Gastroenterologie	Interne Medizin und Kardiologie	Interne Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GKV/SV, pruf  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie		
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32161	Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161 - Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32163	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) eines Organpunktes, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167 - Knochenmarks-Punktat	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32164	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) eines Organpunktes, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167 - Lymphknoten-Punktat	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32165	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) eines Organpunktes, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167 - Milz-Punktat	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32166	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) eines Organpunktes, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167 - Synovia-Punktat	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32167	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) eines Organpunktes, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167 - Liquorzellausstrich	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32168	Knochenmarksausstrich, Differenzierung, Eisenstatus	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32169	Vergleichende Begutachtung von Knochenmarks- und Blutaussstrich	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32170	Trichogramm	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32172	Parasiten-Nachweis	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32175	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182 - Corynebakterienfärbung nach Neisser	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32176	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182 - Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32177	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182 - Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32178	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182 - Giemsa-Färbung auf Protozoen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000





























					Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																											
Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	[GKV/SV, KBV] Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	[DKG] Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	[GKV/SV, prufi] Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie				
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32442	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Hämopexin	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32443	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - C 3	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	oDo	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32444	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - C 4	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	oDo	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32445	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - IgD	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32446	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Freie Kappa-Ketten	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32447	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Freie Lambda-Ketten	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32448	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - IgA, IgG, IgM im Liquor	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	oDo	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32449	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - IgG im Harn	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																									
						Imnere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	(GKV/SV, KBV) Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	(DKG) Haut- und Geschlechtskrankheiten	Imnere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Imnere Medizin und Gastroenterologie	Imnere Medizin und Kardiologie	Imnere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie	(GKV/SV, pruf) Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeuten oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeuten oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszerarchirurgie			
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32450	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Myoglobin	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32451	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Apolipoprotein A-I	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32452	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Apolipoprotein B	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32453	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - PMN-Elastase	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32454	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Lysozym	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	oDo	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32455	Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32456	Lipoprotein (a)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32457	Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32459	Quantitative Best. mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32459 bis 32461 - Procalcitonin	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32460	Quantitative Best. mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nm. 32459 bis 32461 - CRP	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	GDK	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000



Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																													
						Imnere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	GKV/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Imnere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Imnere Medizin und Gastroenterologie	Imnere Medizin und Kardiologie	Imnere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GKV/SV  pruf  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie							
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32489	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32490	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - ANA Suchtest	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32491	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - Doppelstrang-DNS Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32492	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32493	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - Antikörper gegen Zentrmerantigene	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32494	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - AMA	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32495	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - LKM-, SLA-, ASGPR- Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32496	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - ANCA	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000



Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam										Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																				
						Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	[GKV/SV, KBV] Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	[DKG] Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	[GKV/SV, prufb] Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie						
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32505	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 - Ähnliche Untersuchungen (wie 32489 bis 32504)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32506	MAR - Test	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32507	Spermien - Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32508	TSH-Rezeptor-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0Do	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32509	Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32510	Dichtegradienten- oder immunomagnetische Zellsolierung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32520	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - B-Lymphozyten	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32521	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - T-Lymphozyten	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32522	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - CD4-Zellen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32523	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - CD8-Zellen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32524	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - NK-Zellen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	
IV	32	32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32525	Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527 - Aktivierte T-Zellen	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000	000	000	





Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																							
						Interne Medizin und Hamatologie und Onkologie*	GKV/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Interne Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Interne Medizin und Gastroenterologie	Interne Medizin und Kardiologie	Interne Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GKV/SV, prufi  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie	
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32587	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Brucella-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32588	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Campylobacter-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32589	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Chlamydien-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32590	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Coxiella burnetii-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32591	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Gonokokken-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32592	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Legionellen-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32593	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Leptospiren-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32594	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Listerien-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32595	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Mycoplasma pneumoniae-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32596	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32597	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Tetanus-Antitoxin	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32598	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Yersinien-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32599	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Leptospiren-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32600	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Chlamydien-Antikörper (MIF)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32601	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Adenoviren-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000
IV	32	32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32602	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger (gilt für 32584 bis 32641) - Cytomegalievirus-Antikörper	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	oDo	000



















Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Kernteam		Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte																						
						Imnere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	GKV/SV, KBV  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	DKG  Haut- und Geschlechtskrankheiten	Imnere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Imnere Medizin und Gastroenterologie	Imnere Medizin und Kardiologie	Imnere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	GKV/SV, pruf  Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Arztlicher Psychotherapeut	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie
IV	32	32.3.14	Molekulargenetische Untersuchungen	32869	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacampen bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II-III)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32880	Harnstreifenetest gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32881	Bestimmung der Nüchternplasmaglukose gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32882	Bestimmung des Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglycide) gem. Anl. 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32901	Ausschluss einer Expressionsvariante	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32902	Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32904	Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32906	Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32908	Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32910	Transplantations-Cross-Match mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT)	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32911	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32915	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels LCT ggf. nach Dithiothreitol	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32916	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32917	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene und Bestimmung des Panelreaktivitätswert	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32918	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32931	Molekulargenetischer Nachweis HLA-B27	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32932	Molekulargenetischer Nachweis eines krankheitsrelevanten HLA-Merkmals in Einfeldauflösung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32935	Serologische HLA-Typisierung der Klasse I Antigene HLA-A, -B und -C	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32937	Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32939	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels LCT ggf. nach Dithiothreitol	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000
IV	32	32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32940	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	GDK	000









































































# 1 Tragende Gründe

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 3 über eine Änderung der Richtlinie ambulante  
 4 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V:  
 5 Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische  
 6 Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen,  
 7 blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
 8 Blutbildung

9 **Stand 30.09.2024**

10 **Legende:**

11 **Gelb hinterlegte Textteile:** dissente Passagen

12 **Grau hinterlegte Textteile:** Spezifische Anpassungen erforderlich

13 *Kursiv: redaktionelle Hinweise zum Vorgehen*

14

15 **Hinweis:** Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der  
 16 Vorsitzenden des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in  
 17 Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

18

19 **Vom 19. Dezember 2024**

20 **Inhalt**

21	<b>1. Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
22	<b>2. Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
23	<b>3. Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>20</b>
24	<b>4. Verfahrensablauf.....</b>	<b>21</b>
25	<b>5. Fazit .....</b>	<b>22</b>
26	<b>6. Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>22</b>

## 27 **1. Rechtsgrundlage**

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

## 33 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

34 Der am 21. März 2013 beschlossene Teil der ASV-RL regelt die Anforderungen, die  
 35 grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisierenden Erkrankungen mit besonderen  
 36 Krankheitsverläufen (für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen seit  
 37 Inkrafttreten des GKV-VSG ohne Einschränkung auf schwere Verlaufsformen), seltenen  
 38 Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie  
 39 hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten.

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

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

47 Da die Regelungen für die Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen auf den  
 48 jeweiligen Regelungen in der ABK-RL aufbauen, liegt der Fokus der nachfolgenden  
 49 Erläuterungen auf den Abweichungen von den Regelungen in der ABK-RL.

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

### 55 **2.1 Aufbau**

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

59 Die Anlage Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen  
 60 der Blutbildung ist wie folgt gegliedert:

- 61 1. Konkretisierung der Erkrankung
- 62 2. Behandlungsumfang
  - 63 • Diagnostik
  - 64 • Behandlung
  - 65 • Beratung
- 66 3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
  - 67 3.1 Personelle Anforderungen

- 68 a) Teamleitung
- 69 b) Kernteam
- 70 c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte
- 71 3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen
- 72 3.3 Dokumentation
- 73 3.4 Mindestmengen
- 74 4. Überweisungserfordernis
- 75 5. Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)

76 **2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen:**

77 **2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung**

78 Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten  
 79 mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
 80 Blutbildung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

81 Sie bezieht sich nur auf die Behandlung von Erwachsenen. Voraussetzungen für die  
 82 Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in einer eigenen erkrankungsspezifischen  
 83 Regelung festgelegt, da für Kinder- und Jugendliche andere Bedingungen und Besonderheiten  
 84 zu berücksichtigen sind, denen explizit Rechnung getragen werden soll.

85

<b>KBV, GKV-SV</b>	<b>PatV</b>	<b>DKG</b>
<p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Durch die aufgeführten Kriterien, die den interdisziplinären Charakter und die komplexe, multimodale Therapie hervorheben, wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören. Eine intravenöse Antibiotikatherapie oder Schmerztherapie alleine stellt keinen Aufnahmegrund in die ASV dar, wenn es nicht</p>	<p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.</p> <p>Dies schließt bei der Anlage Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung auch die „aktive Überwachung“ als Behandlungsoption für bestimmte Patientinnen und Patienten mit insbesondere indolenten Lymphomen, Chronischer Lymphatischer Leukämie (CLL) oder Multiplem Myelom ein.</p>	<p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

<p>zusätzlich der Versorgung in einem interdisziplinären Team bedarf.</p>	<p>Die „Aktive Überwachung“ ist bei diesen Erkrankungen eine Möglichkeit, zunächst abzuwarten, bis tatsächlich Symptome auftreten oder die Erkrankung deutlich voranschreitet, Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen einer Therapie zu vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten. Die „Aktive Überwachung“ stellt somit eine der Versorgungsformen dieser Patientengruppe dar und ist daher Bestandteil der ASV.</p>	
---	---	--

86

<p><b>KBV, PatV</b></p> <p>Des Weiteren hat sich gezeigt, dass vor allem Patientinnen und Patienten nach entsprechender Behandlung eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes Langzeitkomplikationen wie beispielweise Kardiomyopathien, Osteonekrosen, Nieren- oder endokrine Insuffizienz, Infertilität entwickeln. Daher können auch diese Patientinnen und Patienten in der ASV betreut werden, Kodiert wird hierfür die unter 1 Konkretisierung aufgeführte Tumordiagnose mit dem Zusatzkennzeichen Z (Zustand nach der entsprechenden Diagnose). Das ASV Team übernimmt dann die Koordination der weiteren Behandlung, was auch ggf. die Weiterleitung zu anderen Spezialisten umfasst.</p> <p>Ausnahme: Patientinnen und Patienten mit Komplikationen nach allogener Stammzelltransplantation werden in der ASV allogene Stammzelltransplantation versorgt.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG</b></p> <p><i>[prüfen]</i></p>
---	--

87 Einige ICD-10-Kodes werden in mehreren Anlagen aufgeführt. So können Lymphome  
 88 beispielsweise sowohl im zentralen Nervensystem als auch in der Haut auftreten, so dass  
 89 unterschiedliche Expertise erforderlich sein kann.

90 Einzelne dreistellige ICD-Kodes .9 ohne Organbezug mit der Angabe „nicht näher bezeichnet“  
 91 wurden nicht aufgenommen, da die Indikationsstellung für die ASV spezifischerer ICD-Kodes  
 92 bedarf.

93 In der Anlage wurden alle ICD-Kodes hämatologischer Neoplasien berücksichtigt. In diesem  
 94 Zusammenhang wurde der Code C46.- Kaposi-Sarkom nicht übernommen. Patientinnen und  
 95 Patienten mit kutanen Manifestationen des Kaposi-Sarkoms können bereits in der Anlage zu  
 96 Hauttumoren betreut werden. Die Integration dieses Kodes in weitere Anlagen wird seitens  
 97 des G-BA geprüft.

98

<p><b>DKG, PatV</b></p> <p>Darüber hinaus wurde die Konkretisierung der schweren Erkrankungen der Blutbildung inklusive der dreistelligen ICD-Kodes aus der ABK-RL ohne weitere Einschränkungen übernommen. So wird ermöglicht, dass Patientinnen und Patienten mit komplexen und schwerwiegenden Formen nicht maligner, chronischer Erkrankungen der Blutbildung wie in der ABK-RL auch kontinuierlich betreut werden können, ohne dies an gewisse Krankheitsphasen oder Therapieverfahren zu knüpfen.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Zudem wurden, wie schon in der ABK-Richtlinie, nicht maligne, chronische Erkrankungen der Blutbildung berücksichtigt, sofern regelmäßige Transfusionen von Erythro- oder Thrombozyten notwendig sind oder das Risiko für lebensgefährliche Symptome wie schwere Infektionen deutlich erhöht ist.</p>
---	---

99

100 Im Vergleich zur ABK-Richtlinie ergeben sich nur marginale Veränderungen der Diagnoseliste.  
 101 Neu berücksichtigt wurde die AL-Amyloidose, die wie das multiple Myelom eine maligne  
 102 Plasmazellerkrankung ist, durch Amyloidablagerungen zu schweren Organschäden führt und  
 103 mit denselben Medikamenten wie das multiple Myelom behandelt wird.

104 D56.0 Alpha- Thalassämie

105 D56.1 Beta-Thalassämie

106 D56.2 Delta-Beta-Thalassämie

107 D56.8 Sonstige Thalassämien

108 Der G-BA hat auch bestimmte Formen der Thalassämien berücksichtigt. Diese sind durch eine  
 109 defekte Hämoglobinsynthese charakterisiert und können neben schweren Anämien auch eine  
 110 Splenomegalie und Knochenmarkhyperplasie entwickeln. Sind häufige Transfusionen  
 111 erforderlich, kann es zu einer transfusions- und resorptionsbedingten Eisenüberladung  
 112 kommen, was beispielsweise bei Eisenablagerungen im Herzmuskel zu einer Herzinsuffizienz  
 113 führen kann. Neben Transfusionen gehören auch die Splenektomie sowie die Verabreichung  
 114 von Chelatbildnern und eine Stammzelltransplantation zu den Therapiemöglichkeiten.

115

<p><b>DKG, PatV, KBV</b></p> <p><u>D57.-Sichelzellkrankheiten</u></p> <p>Thalassämie und Sichelzellanämie können schwere Erkrankungen der Blutbildung sein, für die ein Anstieg der Prävalenz in Deutschland zu verzeichnen ist. Sowohl Thalassämien als auch die Sichelzellkrankheit treten familiär gehäuft auf und können in unterschiedlichen Ausprägungen auftreten, weshalb es zur Versorgung dieser Erkrankungen einer besonderen Expertise und einer interdisziplinären Zusammenarbeit bedürfen kann. Insbesondere die kontinuierliche Begleitung der Betroffenen ist essenziell, um mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen oder deren Auftreten zu vermeiden. So wird bei Patienten mit Sichelzellkrankheit beispielsweise regelmäßig das Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls beurteilt, um mögliche Anpassungen der Therapie</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p><u>D57.0 Sichelzellenanämie mit Krisen</u>  <u>D57.2 Doppelt heterozygote Sichelzellenkrankheiten</u>  <u>D57.8 Sonstige Sichelzellenkrankheiten</u></p>
---	--

<p>vornehmen zu können. Dies erfolgt auch dann, wenn keine Krisen vorliegen, mit dem Ziel diese zu vermeiden. Des Weiteren können komplexe, mitunter auch neue Therapien zum Einsatz kommen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen. Vor diesem Hintergrund wurden diese Codes zusätzlich aufgenommen.</p>	
---	--

116

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Diese Anlage umfasst nicht die Behandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation.</p>	<p><b>DKG, PatV</b></p> <p>Die Behandlung von Patientinnen und Patienten vor und nach allogener SZT ist in der Anlage 2n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: „allogene Stammzelltransplantation“ geregelt.</p>
--	---

117 **2.2.2 Behandlungsumfang**

118 Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V hat der G-BA den Behandlungsumfang zu bestimmen.

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

122 Bei der Aufzählung des Behandlungsumfanges handelt es sich um eine allgemeine Aufzählung  
 123 der möglichen Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die eine Patientin bzw. ein  
 124 Patient in der ASV erwarten kann. Die vollständige und abschließende Aufzählung der  
 125 Leistungen sowie die Zuordnung zu den an der ASV beteiligten Facharztgruppen der Ebenen  
 126 eins bis drei wird im Appendix vollzogen. Soweit die Leistungen im Einheitlichen  
 127 Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, werden die entsprechenden  
 128 Gebührenordnungspositionen (GOP) abschließend aufgeführt. Die Leistungen außerhalb des  
 129 EBM werden ergänzend benannt.

130 **Diagnostik**

131 Der Abschnitt zu den diagnostischen Leistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich  
 132 angepasst.

133

<p><b>DKG, PatV</b></p> <p><u>Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation, Gentherapie und anderen Therapieverfahren mit erhöhtem Risiko für Langzeitkomplikationen</u></p> <p>Bereits in der ABK-RL umfasste die Versorgung und Diagnostik von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer oder allogener Stammzelltransplantation. Für die Versorgung der jeweiligen Patientengruppen können jedoch unterschiedliche Anforderungen an die</p>	<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	---

<p>Teamzusammensetzung, den Behandlungsumfang sowie andere sächliche und organisatorische Maßnahmen erforderlich sein, sodass für die Behandlung vor und nach allogener Stammzelltransplantation eine eigene Anlage zur ASV-RL erarbeitet wird. Voruntersuchungen und Nachsorge bei autologer Stammzelltransplantation können weiterhin im Rahmen der Anlage zu Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung erfolgen. Ergänzend umfasst diese Anlage auch Voruntersuchungen und Nachsorge bei Gentherapien und anderen Therapieverfahren, welche mit einem erhöhten Risiko für Langzeitkomplikationen einhergehen können. Als Beispiel sei Exagamglogen autotemcel als gentherapeutisches Verfahren bei Sichelzellanämie oder Beta-Thalassämie genannt. Des Weiteren haben Patientinnen und Patienten die im Kindes- und Jugendalter aufgrund eines Tumors des lymphatischen bzw. blutbildenden Gewebes behandelt wurden ein erhöhtes Risiko für Langzeitkomplikationen wie beispielweise Zweittumore. Für das frühzeitige Erkennen möglicher Komplikationen und Spätfolgen der Therapien kann eine langfristige und spezialisierte Betreuung im Verlauf von Patientinnen und Patienten mit einem entsprechenden Risiko erforderlich sein, auch wenn sich diese Komplikationen noch nicht manifestiert haben. Vor diesem Hintergrund werden Voruntersuchungen bzw. Nachsorge bei diesen Patientengruppen im Rahmen der ASV ebenfalls ermöglicht.</p>	
--	--

#### 134 **Behandlung**

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

139 Zielrichtung des Versorgungsbereiches der ASV ist es aber auch, bei Erkrankungen, die eines  
 140 abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen, unnötige Brüche im Behandlungsablauf zu  
 141 vermeiden. Solche unnötigen Brüche werden durch die Regelungen des § 5 Absatz 1 Satz 4  
 142 der ASV-RL vermieden, indem Krankenhäuser, die zur Teilnahme an der ambulanten  
 143 spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sind, fachärztliche Leistungen zur Mitbehandlung  
 144 von Begleiterkrankungen erbringen können, wenn die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz  
 145 4 ASV-RL erfüllt sind.

146 Der Behandlungsumfang erfolgte im Übrigen in Anlehnung an die bereits in Kraft getretenen  
 147 Anlagen der ASV-RL.

148 Lymphome können auch die Haut befallen. Eine Therapieoption ist die Lichttherapie, sodass  
 149 die Photochemotherapie (PUVA) unter Behandlung ergänzt wurde.

#### 150 **Beratung**

151 Der Abschnitt zu den Beratungsleistungen wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst.

152 Bereits in der alten Fassung der Richtlinie nach § 116b SGB V („ambulante Behandlung im  
 153 Krankenhaus“) war die psychosoziale Beratung ein Bestandteil des Beratungsumfanges. Bei  
 154 dem chronischen und zumeist mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen verbundenen  
 155 Krankheitsverlauf ist die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten  
 156 von Patientinnen und Patienten, wie auch deren Bezugspersonen, essenziell und wird in die  
 157 neue ASV-RL nach §116b SGB V übernommen.

158 Beratung zur sozialen Integration und risikoadaptierten Nachsorge

159 Beratung zur sozialen Integration und zur risikoadaptierten Nachsorge waren in der ABK-RL  
 160 aufgeführt. Durch die Gliederung der ASV-Anlagen sind diese zwei Punkte bereits in den  
 161 vorhandenen Beratungspunkten inkludiert, so dass auf eine explizite Nennung verzichtet  
 162 wurde.

163 Eine Beratung der Patientinnen und Patienten soll auch für das Verhalten bei einer akuten  
 164 Verschlechterung oder in Notfallsituationen durchgeführt werden.

165 Selbsthilfegruppen und -organisationen vertreten die Interessen der Patienten. Onkologische  
 166 Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, mit denen der Patient lebenslang umzugehen  
 167 lernen muss. Durch die Beratung zu Selbsthilfeangeboten kann der Arzt dem Patienten helfen,  
 168 die für seine Erkrankung geeignete Unterstützungsform zu finden. Die Wahlfreiheit des  
 169 Patienten bleibt bestehen. Bereits § 7 der ASV-Richtlinie weist auf die Wichtigkeit von  
 170 Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen hin.

171 Neben der medikamentösen, physikalischen und chirurgischen Therapie kann die Ernährung  
 172 den Verlauf onkologischen Erkrankungen u.a. durch die Beeinflussung von  
 173 Entzündungsmediatoren positiv verändern.

174 Der Behandlungsumfang zur Beratung erfolgte im Übrigen in Anlehnung an die bereits in Kraft  
 175 getretenen Anlagen der ASV-RL.

176 **Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind, wurden aufgenommen:**

177 Der mögliche Leistungsumfang der ASV ist nicht auf den des EBM beschränkt. Vielmehr  
 178 können Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfanges der  
 179 ASV sein, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die  
 180 Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Mit der Benennung  
 181 von „Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des EBM“ sind, folgt der G-BA an dieser Stelle  
 182 diesen Gestaltungsmöglichkeiten.

183 Untersuchungen mittels PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose sollen bei  
 184 Lymphomen und extramedullären Leukämieherden auch über die vom G-BA bereits  
 185 zugelassenen Indikationen erbracht werden können, wenn sie zur Therapieplanung  
 186 notwendig sind. Wie vom G-BA in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung in  
 187 Abschnitt 14 (PET) in § 2 Abs. 4 festgelegt, soll die Indikation zur PET- bzw. PET/CT-  
 188 Untersuchung im interdisziplinären Team abgesprochen und die aus der PET-Untersuchung  
 189 abzuleitenden therapeutischen Konsequenzen dargelegt werden.

190

<p><b>GKV-SV [prüft], PatV</b></p> <p>Es gibt inzwischen gesicherte und anerkannte Indikationen, die bis jetzt nicht vom G-BA als vertragliche GKV-Leistung anerkannt wurden. Dazu folgende Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Diagnose eines follikulären Lymphoms, wenn in der konventionellen CT nur eine Lymphknotengruppe auffällig ist, ist eine PET/CT notwendig, um weitere Lymphomherde auszuschließen. Bleibt es beim Befall einer Lymphknotengruppe, würde man diese bestrahlen und hätte damit eine Heilungschance. Ist das</li> </ul>	<p><b>DKG, KBV</b></p> <p>Hierzu gehören unter anderem laut den S3 Leitlinien Hodgkin Lymphome, Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom und Follikuläres Lymphom insbesondere folgende Beispiele:</p> <p>PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei Patientinnen und Patienten mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hodgkin-Lymphom zur weiteren Therapieplanung</li> </ul>
---	--

<p>Lymphom weiter ausgebreitet, ist eine Bestrahlung nicht angezeigt und man würde abwarten, bis die Notwendigkeit einer Systemtherapie besteht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn sich beim diffus großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL) nach Abschluss der Erstlinien-Chemoimmuntherapie in der konventionellen CT noch Restgewebe zeigt, ist eine PET/CT angezeigt, um über die Indikation einer Strahlentherapie zu entscheiden. Eine konsolidierende Bestrahlung ist nur angezeigt, wenn sich in der PET/CT eine deutliche Mehrbelegung zeigt.</li> <li>• Wenn beim DLBCL in der konventionellen CT der Verdacht auf ein Therapieversagen der bzw. ein Rezidiv nach Chemoimmuntherapie besteht, ist ggf. zur Entscheidung über die Notwendigkeit einer CAR-T-Zell-Therapie eine PET/CT angezeigt. Die Indikation zur CAR-T-Zell-Therapie würde nur bei einer deutlichen Mehrbelegung der Lymphomherde, ggf. ergänzt um eine histopathologische Untersuchung gestellt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- als Interim-Staging bei tumorspezifischer Systemtherapie,</li> <li>- bei refraktärer oder rezidivierender Erkrankung,</li> <li>- Aggressivem Non-Hodgkin-Lymphom zur weiteren Therapieplanung <ul style="list-style-type: none"> <li>- als Interim-Staging bei tumorspezifischer Systemtherapie,</li> <li>- nach Abschluss der tumorspezifischen Systemtherapie,</li> <li>- bei refraktärer oder rezidivierender Erkrankung</li> </ul> </li> <li>- Follikulärem Lymphom oder Peripherem T-Zell Lymphom <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Therapieplanung,</li> <li>- zur weiteren Therapieplanung nach Abschluss der tumorspezifischen Systemtherapie,</li> <li>- bei refraktärer oder rezidivierender Erkrankung</li> </ul> </li> <li>- Low-Grade Non-Hodgkin-Lymphom mit Verdacht auf maligne Transformation zum aggressiven Non-Hodgkin-Lymphom</li> </ul>
---	---

191 Der G-BA hat im Rahmen der Beratungen zur Übernahme des Behandlungsumfangs aus der  
192 ABK-RL festgestellt, dass wichtige Kernpunkte der onkologischen Versorgung wie  
193 Koordination der onkologischen Behandlung und die intravenös, intraarteriell oder  
194 intracavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie sowie palliative Leistungen bislang keine  
195 oder keine ausreichende Berücksichtigung im EBM erfahren haben. Daher erfolgte die  
196 Aufnahme dieser Punkte in Abschnitt 2 des Appendix. Im Rahmen der vertragsärztlichen  
197 Versorgung hatte man diesem besonderen Umstand durch die Vereinbarung über die  
198 qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patientinnen und Patienten „Onkologie-  
199 Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)), im Weiteren kurz  
200 Onkologie-Vereinbarung genannt, Rechnung getragen. GOP für die Abbildung von  
201 Tumorkonferenzen und Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL  
202 wurden als ASV Leistungen bereits in den Bereich VII EBM übernommen. Durch Benennung  
203 der Aspekte Koordination der Behandlung mit Verweis auf die entsprechenden  
204 Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung und palliative Versorgung an dieser Stelle  
205 unterstreicht der G-BA deren besondere Bedeutung auch im Hinblick auf eine sachgerechte  
206 Umsetzung der ASV. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterliegt einem  
207 anderen gesetzlichen Regelungskontext (§ 37b SGB V) und ist daher nicht Bestandteil des  
208 Behandlungsumfangs in der ASV. Gleichwohl kann die SAPV veranlasst werden.

209 **2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**210 **2.2.3.1 Personelle Anforderungen**

211 Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden die Regelungen zu den  
 212 personellen Anforderungen in der ASV-RL der neuen Teamgestaltung angepasst, obgleich das  
 213 Spektrum an Fachärzten in Grundsätzen übernommen wurde.

214 **a) Teamleitung**215 Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

216 Da die medikamentöse Systemtherapie bei hämatologischen Neoplasien regelhaft die  
 217 entscheidende Behandlungsmodalität ist, wird die Teamleitung der Fachdisziplin Innere  
 218 Medizin, Hämatologie und Onkologie zugeordnet.

219 **b) Kernteam**

220 Entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL sind die Mitglieder des Kernteams Fachärztinnen und  
 221 Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden  
 222 werden müssen.

<b>DKG</b>	<b>KBV, GKV-SV, PatV</b>
<p>Weitere Fachgruppen, die bei Betroffenheit weiterer Organsysteme wie beispielsweise <u>der Haut</u>, des Zentralen Nervensystems oder des Gastrointestinaltraktes erforderlich sein können, wurden in die Ebene der Hinzuzuziehenden aufgenommen. Die Erforderlichkeit ihrer Einbindung richtet sich nach der jeweiligen Krankheitsausprägung und kann demnach stark variieren, sodass auf die Aufnahme weiterer Fachgruppen in das Kernteam verzichtet wurde.</p>	<p>Bei Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung erfolgt die Behandlung primär durch die Fachgruppen <u>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</u> sowie <u>Strahlentherapie</u>.          Häufig sind Lymphome auf die Haut beschränkt. In diesen Fällen wird die Diagnose durch Ärztinnen und Ärzte für <u>Haut- und Geschlechtskrankheiten</u> gesichert. Sie führen in der Regel auch die Behandlung durch, so dass diese Fachdisziplin dem Kernteam zugerechnet wird.</p>

223 Strahlentherapie ist bei Lymphomen eine wichtige Therapieoption, selten als alleinige  
 224 Therapie, z. B. bei lokalisierten Stadien niedrig maligner Lymphome, als Therapie zur  
 225 Konsolidierung nach medikamentöser Systemtherapie bei höher malignen Lymphomen oder  
 226 als palliative Therapie, z. B. bei Skelettbefall. Deshalb wird das Fachgebiet Strahlentherapie  
 227 ebenfalls dem Kernteam zugeordnet.

228 In der vertragsärztlichen Versorgung existieren historisch gewachsen unterschiedliche  
 229 Voraussetzungen zum Führen von Schwerpunktpraxen. Wird die Erbringung ärztlicher  
 230 Leistungen erstmalig von einer Qualifikation (z.B. Fachärztin bzw. Facharzt mit Schwerpunkt)  
 231 abhängig gemacht, ermöglichen Übergangsregelungen den Ärztinnen bzw. Ärzten, die in dem  
 232 entsprechenden Fachgebiet schon länger tätig sind, aber naturgemäß die neu eingeführte  
 233 Spezialisierung als Ausbildungsinhalt nicht erworben haben können, diese Leistungen weiter  
 234 zu erbringen. Über eine ergänzende Regelung zur Reform des EBM gemäß § 87 Absatz 1 SGB  
 235 V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärztinnen bzw. Fachärzte für  
 236 Innere Medizin zum 1. April 2005 konnten so Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin  
 237 ohne spezialisierte Facharztkompetenz (Schwerpunkt) unter bestimmten Bedingungen  
 238 ebenfalls unbefristet eine Zulassung zur Erbringung von schwerpunktbezogenen Leistungen  
 239 erhalten.

240 Um auch erfahrenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten, die über den oben genannten Weg die  
 241 Zulassung erworben haben und z. B. im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-  
 242 Ä) seit Jahren onkologische Leistungen erbringen, die Teilnahme an der ASV zu ermöglichen,  
 243 wurde die Sonderregelung für das Kernteam getroffen, dass sowohl Fachärztinnen und  
 244 Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie als auch Fachärzte für Innere  
 245 Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen  
 246 bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme  
 247 an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen  
 248 Vereinigung erteilt wurde, teilnehmen können. Es handelt sich um eine Übergangsregelung  
 249 basierend auf entsprechenden Regelungen im EBM, um die letztgenannten erfahrenen  
 250 Fachärztinnen und Fachärzte nicht von der ASV auszuschließen. Der Stichtag wurde erstmalig  
 251 mit der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen- Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren  
 252 und Tumoren der Bauchhöhle am 20.02.2014 beschlossen, der 31. Dezember 2015 als  
 253 angemessener Zeitraum erachtet, um eine Teambildung nicht zu gefährden. Mit der  
 254 generellen Stichtagsregelung, die bei Teilnahme der entsprechenden Fachgruppe für alle  
 255 Anlagen zur ASV-RL gilt, wird hervorgehoben, dass zukünftig die Facharztbezeichnung Innere  
 256 Medizin und Hämatologie und Onkologie verpflichtende Voraussetzung sein soll.

#### 257 **c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

258 **Für folgende Fachdisziplinen, die bereits in der ABK-Richtlinie benannt sind, wurde eine**  
 259 **Verortung in der dritten Ebene des Behandlungsteams vorgesehen:**

260 In Analogie zu den anderen Anlagen zu onkologischen Erkrankungen wurden dem Kernteam  
 261 nur die Fachdisziplinen zugeordnet, die für die Durchführung der medikamentösen,  
 262 chirurgischen Therapie oder Strahlentherapie hauptverantwortlich sind, während die  
 263 zumindest überwiegend diagnostisch relevanten Fachdisziplinen der dritten Ebene  
 264 zugeordnet wurden.

#### 265 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

266 Die notwendige Expertise zur Versorgung der Patientengruppe in der Ebene der  
 267 Hinzuziehenden kann sowohl durch Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde als auch  
 268 Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie eingebracht werden. Um eine Teambildung zu  
 269 ermöglichen, kann eine Einbeziehung der Fachgruppen je nach Schwerpunkt bzw. Ausrichtung  
 270 möglich sein, einzeln oder gemeinsam.

271 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde wird benötigt, da im HNO-Bereich Lymphome primär lokalisiert  
 272 sein können, z. B. an den Tonsillen und dort Biopsien entnommen werden müssen. Bei  
 273 Epistaxis, die aufgrund von Thrombozytopenien bei malignen Hämatoplasien häufig auftritt,  
 274 kann die Anlage einer Tamponade angezeigt sein.

275

276 Weitere Fachgruppen, die bei Betroffenheit anderer Organsysteme wie beispielsweise des  
 277 Zentralen Nervensystems oder des Gastrointestinaltraktes erforderlich sein können, wurden  
 278 in die Ebene der Hinzuzuziehenden aufgenommen. Die Erforderlichkeit ihrer Einbindung  
 279 richtet sich nach der jeweiligen Krankheitsausprägung und kann demnach stark variieren,  
 280 sodass auf die Aufnahme weiterer Fachgruppen in das Kernteam verzichtet wurde.

281

282 Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie sind wichtig für die Diagnose und  
 283 Therapie von endokrinologischen Störungen, wie z. B. einer Unterfunktion der Schilddrüse bei  
 284 Lymphombefall oder der Entgleisung eines Diabetes mellitus bei Steroidtherapie.

285

286 Innere Medizin und Gastroenterologie

287 Bei Lymphomen ist der Gastrointestinaltrakt häufig involviert. Es gibt auch Lymphome, wie  
 288 MALT (**Mucosa Associated Lymphoid Tissue**), die auf die Schleimhaut von Magen und Darm  
 289 beschränkt sind. In diesen Fällen wird die Diagnose durch Ärztinnen und Ärzte für Innere  
 290 Medizin und Gastroenterologie gesichert.

291

292 Innere Medizin und Kardiologie kann erforderlich sein, da häufig kardiotoxische  
 293 Medikamente verabreicht wurden, so dass u. a. eine schwere Herzinsuffizienz auftreten  
 294 kann.

295

296 Innere Medizin und Nephrologie kann erforderlich sein, da sich z. B. unter  
 297 therapieinduzierten Komplikationen wie Tumorlysesyndrom oder CRS (cytokine release  
 298 syndrome) oder bei einigen Medikamenten wie Cisplatin eine terminale Niereninsuffizienz  
 299 entwickeln kann, so dass Nierenersatztherapien notwendig werden.

300

301 Neurologie**KBV**

Da das "konservative" Fach und das chirurgische nicht austauschbar sind, sollte ein Neurologe fest im Team vorgesehen werden; je nach Patientenstruktur und Verfügbarkeit kann die neurochirurgische Fachgruppe beteiligt werden.

**GKV-SV, DKG, PatV**

[prüfen]

302 Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurochirurgie benannt werden.

303 Die Fachgruppe Neurologie wird benötigt zur Diagnostik von sekundärem oder primärem  
 304 ZNS-Befall durch Lymphome.

305 Da je nach Patientenzusammensetzung in seltenen Fällen auch die Fachgruppe  
 306 Neurochirurgie erforderlich sein kann, kann diese zusätzlich benannt werden, gehört aber  
 307 nicht obligat dem Team an.

308

309 Nuklearmedizin wird zur Durchführung der Untersuchung mit FDG-PET benötigt.

310

311 Pathologie ist unverzichtbar zur histopathologischen und molekularpathologischen  
 312 Sicherung der Diagnose bei hämatologischen Neoplasien.

313

314 Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder  
 315 Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher  
 316 Psychotherapeut

317 Neben den bereits in der ABK-RL genannten ärztlichen oder psychologischen  
 318 Psychotherapeutinnen und-Therapeuten wurde wie bereits in anderen Anlagen zu  
 319 onkologischen Erkrankungen auch die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für  
 320 Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für  
 321 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ergänzt, um diese Fachgruppen nicht von der  
 322 ASV auszuschließen.

323 **Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-RL wurden folgende Änderungen an der**  
 324 **Ebene der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte vorgenommen:**

325 [KBV:] Entsprechend der ABK- Regelung „Bei Fernmetastasen oder lokal in benachbarte  
 326 Organe eingewachsene Tumore sind – sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt  
 327 – in Abhängigkeit von der Lokalisation Fachärztinnen oder Fachärzte der jeweils betroffenen  
 328 operativen Fachdisziplin einzubinden. Bei der Behandlungsplanung oder beim Auftreten von  
 329 Komplikationen sind bei besonderen Fallkonstellationen weitere Fachärztinnen oder  
 330 Fachärzte einzubinden, ...“ wurde die dritte Ebene des Behandlungsteams des weiteren um  
 331 folgende Fachgruppen ergänzt.

332 Allgemeinchirurgie und/oder Viszeralchirurgie:

333 Die chirurgische Expertise ist beispielsweise erforderlich für die operative Entfernung oder  
 334 offene Biopsie eines Lymphknotens zur Diagnosesicherung eines Lymphoms oder für die  
 335 Anlage von Portkathetersystemen. Auch wenn ein ggf. größerer Eingriff selbst nicht im  
 336 Rahmen der ASV vorgenommen werden sollte, sind Aufklärung/Beratung und evtl. ambulant  
 337 behandelbare Folgen des Eingriffs durch eine der beiden Fachgruppen zu übernehmen.

338

339 Laboratoriumsmedizin ist wegen der zahlreichen notwendigen Laboruntersuchungen  
 340 unverzichtbar.

341

342 Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ist unverzichtbar, da aufgrund der  
 343 regelhaft auftretenden Immunsuppression bei der Behandlung hämatologischer Neoplasien  
 344 vital bedrohlich Infektionen häufig sind.

345

GKV-SV	KBV, DKG, PatV
<p><u>Transfusionsmedizin</u> ist unentbehrlich, da bei Behandlung hämatologischer Neoplasien regelhaft Blutprodukte transfundiert werden müssen. Bei unzureichendem Inkrement nach Erythro- oder Thrombozytentransfusionen oder bei Störungen der plasmatischen Gerinnung können umfangreiche Diagnostik und eine transfusionsmedizinische Beratung notwendig werden</p>	<p><u>Transfusionsmedizin</u>                      Bei den in dieser ASV behandelten Patientinnen und Patienten kommt es wesentlich häufiger zur Ausbildung irregulärer Antikörper, so dass für deren Austestung vor Transfusionen spezielle Expertise erforderlich ist. Daher hat der G-BA entschieden, auch die Fachgruppe Transfusionsmedizin in das Team aufzunehmen. Da allerdings die Anzahl an verfügbaren Transfusionsmedizinern gering ist und zudem die meisten nicht vertragsärztlich oder angestellt in einem Krankenhaus arbeiten, sondern häufig in (nicht ASV-berechtigten) Blutbanken/Blutspendediensten, ist alternativ (unter 3.2) die Kooperation mit einer transfusionsmedizinischen Einrichtung vorzusehen.</p>

346

347 **Abweichend von der Konkretisierung in der ABK-Richtlinie wurden folgende**  
 348 **Facharztgruppen nicht ins ASV-Team aufgenommen:**

349 Humangenetik, Infektiologie, Innere Medizin und Angiologie, Gefäßchirurgie.

350 Die Konkretisierung der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit  
 351 Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der

352 Blutbildung sieht vor, dass die palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach  
 353 § 37b SGB V) zu dem ASV-Behandlungsumfang zu zählen ist. Zur Sicherstellung dieser  
 354 Anforderung muss ein Mitglied der in den personellen Anforderungen benannten  
 355 Facharztgruppen über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen. Damit ist die  
 356 palliativmedizinische Versorgung abgedeckt und eine Teilnahme von weiteren Fachärztinnen  
 357 bzw. Fachärzten des fachärztlichen oder hausärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der  
 358 ASV nicht erforderlich.

### 359 **2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

362 Die unter Ziffer 3.2 geregelte Zusammenarbeit kann durch eine Kooperation abgebildet  
 363 werden, für die keine vertragliche Vereinbarung erforderlich ist. Die Anforderung, dass u.a.  
 364 eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbaren  
 365 Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten, besteht, steht im Kontext zu der unter dem  
 366 Behandlungsumfang aufgeführten Maßnahme „Beratung zu psycho-sozialen und psycho-  
 367 onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)“. Dies  
 368 gewährleistet, dass bewährte Strukturen der Kooperation erhalten bleiben sowie  
 369 entsprechende Strukturen geschaffen werden können. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf  
 370 indikationsbezogene spezielle Erfahrungen und Qualifikationen der  
 371 Gesundheitsfachdisziplinen, die einen therapielevanten Informationsaustausch  
 372 ermöglichen. Die bestehende Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird hierdurch  
 373 nicht eingeschränkt.

374 Unter 2.2.3.1 c) wird bereits darauf hingewiesen, dass eine Kooperation mit einer  
 375 transfusionsmedizinischen Einrichtung vorzusehen ist, falls kein Transfusionsmediziner dem  
 376 Team angehört. Da die transfusionsmedizinische Expertise demnach als erforderlich  
 377 angesehen wird, ist hierfür auch eine vertragliche Kooperationsvereinbarung vorzusehen.

378 Die Regelung zur 24-Stunden-Notfallversorgung unter Nummer 3.2 b) wurde aus fachlichen  
 379 Erwägungen und organisatorischen Gründen dahingehend gefasst, dass nur eine Fachärztin  
 380 bzw. ein Facharzt Rufbereitschaft leisten muss. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die 24-  
 381 Stunden-Erreichbarkeit vor allem onkologisch tätiger Fachärzte für ihre Patienten bereits  
 382 gelebte Praxis.

383 Es ist davon auszugehen, dass in der Regel die Hämatonkologen die medikamentöse  
 384 Systemtherapie übernehmen. Da die meisten notfallmäßig zu behandelnden Komplikationen  
 385 im Rahmen der Systemtherapie auftreten, soll die Rufbereitschaft durch diese Fachdisziplin  
 386 übernommen werden.

387 Vor dem Hintergrund, dass auch Patientinnen und Patienten mit nicht-onkologischen  
 388 Erkrankungen im Rahmen der Anlage betreut werden können, erfolgte eine Anpassung  
 389 bezüglich der Qualifikation der einzubindenden Pflegefachkräfte. Die genannten  
 390 Zusatzqualifikationen von Pflegefachkräfte sind dann zu erfüllen, wenn diese in die  
 391 onkologische Behandlung eingebunden sind.

### 392 **2.2.3.3 Dokumentation**

393 Die Dokumentation beinhaltet die Diagnose nach ICD-10-GM sowie das Zusatzkennzeichen zur  
 394 Diagnosesicherheit, um die regelrechte Indikationsstellung überprüfen zu können. Die Angabe  
 395 des ICD-Kodes ist obligat.-Unabhängig hiervon sind die aufgrund anderer Rechtsvorschriften  
 396 (z.B. ärztliches Berufsrecht, bürgerliches Recht, Strahlenschutzrecht, Datenschutzrecht)  
 397 bestehenden Pflichten zu Inhalt, Umfang, Form und Aufbewahrung der ärztlichen  
 398 Dokumentation einzuhalten.

## 399 3.3 Mindestmengen

<p><b>KBV, PatV, GKV-SV</b></p> <p>Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen bzw. Patienten der in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Von der Festlegung einer Mindestmenge wird abgesehen, da nicht hinreichend feststeht, dass hierdurch eine deutliche Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse erreicht werden kann. Die Anwendung einer Mindestmengenregelung ist bereits im Ansatz auf solche Bereiche der Versorgung beschränkt, bei denen sie einen für die Versorgung substantiellen eigenständigen Beitrag zur Verwirklichung des in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V umschriebenen Versorgungsstandards der GKV gewährleisten kann. Dabei bleibt nur dann Raum für Mindestmengengrenzen, sofern diese Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen, die anderweitig - insbesondere durch qualifikations- und verhaltensabhängige Anforderungen – nicht erreichbar erscheinen.</p> <p>Nach derzeitiger Studienlage ist nicht davon auszugehen, dass die Güte der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung durch die Einführung einer Mindestmenge adäquat gefördert werden könne, so dass nach wissenschaftlichen Maßstäben derzeit keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann.</p> <p>Damit ist nicht ausgeschlossen, dass auf Basis neuerer oder spezifischerer Erkenntnisse eine Mindestmenge für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung entwickelt wird.</p>
--	--

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

402 Der Gesetzgeber verlangt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine „spezielle  
403 Qualifikation“ und die „Expertise von Spezialisten“. Dieser Forderung wird dadurch Rechnung  
404 getragen, dass die ASV-Ärztinnen bzw. ASV-Ärzte eine besondere Erfahrung in der Behandlung

405 von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und  
406 schwere Erkrankungen der Blutbildung mitbringen müssen.

407 Diese wird mit Hilfe der Mindestmenge operationalisiert, da Ärztinnen und Ärzte durch die  
408 Anzahl der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung nachweisen  
409 können. Daher hält der G-BA an der Festlegung der Mindestmengen, wie sie in § 6 ABK-RL  
410 geregelt wurde, fest. Die dort definierte Mindestmenge von 50 je Einrichtung wurde in der  
411 ABK-RL auf Anregung von Expertinnen und Experten festgelegt.

412 Diese Festlegung der Mindestmengen aus der ABK-RL wurde im Rahmen der Beratungen auf  
413 einen möglichen Anpassungsbedarf aufgrund des gegenwärtigen Prävalenzgeschehens  
414 überprüft. Ein solcher Anpassungsbedarf konnte nicht festgestellt werden, weshalb die  
415 ursprünglichen Festlegungen in die ASV-RL übernommen wurden.

416

417 *[Alternativ: Als Grundlage für die Berechnung der Mindestmenge war für die ABK-Richtlinie  
418 1%0 der 1-Jahres-Prävalenz vereinbart worden.]*

419 *Auf der Grundlage von aktuellen Behandlungszahlen erfolgte nun eine erneute Beurteilung.*

420 *Auf dieser Grundlage errechnet sich eine Mindestmenge von xx Patienten pro Jahr. Gerade  
421 angesichts ... erscheint es im Sinne der Versorgungsqualität unverzichtbar, eine  
422 Mindest Erfahrung nachweisen zu müssen.]*

423 Die Mindestmenge muss durch das Kernteam nachgewiesen werden, da nur die Ärzte im  
424 Kernteam regelhaft in die Behandlung eingebunden sind.

425 Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung  
426 der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

427 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den  
428 jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher  
429 bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im  
430 Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach §  
431 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt  
432 wurden.

433 Wie auch bei den anderen onkologischen Erkrankungen in der ASV-RL ist eine arztbezogene  
434 Mindestmenge vorgesehen. Um zu gewährleisten, dass das Kernteam über eine ausreichende  
435 allgemeine Behandlungsroutine insbesondere bei der intravenösen Chemotherapie verfügt,  
436 muss demnach mindestens eine dem Kernteam angehörende Fachärztin bzw. ein dem  
437 Kernteam angehörender Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie diese  
438 pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt nachweisen.

439 Die Mindestmengen umfassen die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und  
440 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und  
441 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 Patientinnen  
442 und Patienten mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung pro  
443 Quartal und Ärztin bzw. Arzt.

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

448 **2.2.4 Überweisungserfordernis**

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

451 Kern der ASV ist die interdisziplinäre Versorgung. Auslöser für den interdisziplinären  
452 Versorgungsbedarf ist die Feststellung einer gesicherten Tumordiagnose. Damit ist  
453 sichergestellt, dass interdisziplinäre Therapieentscheidungen innerhalb der ASV getroffen  
454 werden können.

455 Nach

<b>GKV-SV, KBV</b> zwei	<b>DKG, PatV</b> vier
----------------------------	--------------------------

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

<b>KBV</b> Die Überweisung kann auch aufgrund einer gesicherten Langzeitkomplikation/Spättoxizität erfolgen bei Patientinnen bzw. Patienten, die wegen einer der unter 1 Konkretisierung aufgeführten Tumordiagnosen behandelt worden sind.	<b>DKG, PatV</b> Die Überweisung kann auch bei Verdacht auf oder aufgrund einer gesicherten Langzeitkomplikation/Spättoxizität erfolgen bei Patientinnen bzw. Patienten, die wegen einer der unter 1 Konkretisierung aufgeführten Tumordiagnosen behandelt worden sind.	<b>GKV-SV</b> <i>[keine Aufnahme]</i>
--	--	--

458 Eine Überweisung kann auch erfolgen, wenn nach erfolgter Behandlung eines Tumors des  
459 lymphatischen oder blutbildenden Gewebes eine gesicherte Langzeitkomplikation oder  
460 Spättoxizität auftritt. Nicht gemeint ist hiermit die reguläre Nachsorge.  
461

## 462 **2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)**

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

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

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

474 Die Zuordnung der Leistungen zu den Facharztgruppen der drei Ebenen erfolgte auf Basis der  
475 erkrankungsspezifischen Regelungen. Dabei wurden die EBM-GOP grundsätzlich unter  
476 Berücksichtigung der entsprechenden Abrechnungsbestimmungen des EBM sowie unter  
477 besonderer Berücksichtigung der für eine Arztgruppe im EBM abrechnungsfähigen GOP  
478 zugewiesen. Abweichungen ergaben sich aus dem ASV-spezifischen 3-Ebenen-Konzept. So  
479 wurden u.a. der 3. Ebene, die lediglich auf Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden  
480 kann, keine Leistungen zugeordnet, die nicht zum Kern des Fachgebietes gehören.

481 Gemäß der Präambel zum Appendix ist der EBM einschließlich der Beschlussfassungen des  
482 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten  
483 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten)  
484 Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des  
485 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 Grundlage für den Ziffernkranz bei Tumoren des  
486 lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung. Ebenfalls  
487 wird in der Präambel auf das Zusammenwirken von G-BA-Beschluss zum Behandlungsumfang  
488 und den nachfolgenden Abrechnungsvorgaben durch den ergänzten Bewertungsausschuss  
489 nach § 87 Absatz 5a SGB V hingewiesen. Auf der Grundlage des durch den G-BA definierten  
490 Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte  
491 Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt  
492 deren Bewertung fest.

493 Bei Aktualisierungen des EBM prüft der G-BA jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix.  
494 Der G-BA geht davon aus, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V  
495 im Rahmen seiner Aufgaben nach § 116b Absatz 6 SGB V kontinuierlich überprüft, ob sich aus  
496 Änderungen des EBM Anpassungsbedarf für den Appendix ergibt und in diesem Fall Hinweise  
497 an den G-BA erteilt. Sofern bei der Leistungserbringung und deren Vergütung unterjährig  
498 Anpassungsbedarf zwischen Appendix und EBM auftreten sollte, fällt es in den  
499 Regelungsbereich des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zur  
500 abschließenden Änderung des Appendix durch den G-BA ggf. entsprechende  
501 Übergangsvorschriften festzulegen.

### 502 **Abschnitt 1:**

#### 503 **Allgemeines Vorgehen bei der Erstellung des Ziffernkranzes:**

504 Erstellt wurde eine Liste mit allen GOP, die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der  
505 erkrankungsspezifischen Regelungen in Frage kommen können. Im Appendix findet sich die  
506 zugrundeliegende Auflistung der GOP des EBM sowie der Leistungen, die bislang nicht  
507 Bestandteil des EBM sind, mit Angaben zum Einschluss bzw. Ausschluss dieser Leistungen für  
508 die jeweiligen Arztgruppen in den Behandlungsumfang.

509 Durch den Einschluss der relevanten GOP soll – insbesondere im Zusammenhang mit einer  
 510 spezialfachärztlichen Behandlung schwerer und/oder seltener Krankheitsbilder – eine  
 511 umfassende Versorgung innerhalb der ASV gewährleistet und gleichzeitig vermehrte Wechsel  
 512 zwischen ASV- und Regelversorgung vermieden werden.

513 Sofern in besonderen Einzelfällen darüber hinaus Leistungen erforderlich sind, können diese  
 514 von den vertragsärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der ASV im Rahmen der  
 515 vertragsärztlichen Versorgung und von Krankenhäusern im Rahmen der Ausnahmeregelung  
 516 des § 5 Absatz 1 Satz 4 ASV-RL erbracht und abgerechnet werden.

517 **Die Definition der GOP des Appendix erfolgte analog dem Aufbau des EBM:**

518 **Bereich II Arztgruppenübergreifende allgemeine GOP**

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

526 Ausgewählte GOP aus diesem Bereich wurden auch hinzuzuziehenden Fachärztinnen und  
 527 Fachärzten arztgruppenspezifisch zugeordnet.

528 **Bereich III Arztgruppenspezifische GOP**

529 Arztgruppenspezifische Leistungen des Bereichs III des EBM wurden entsprechend den  
 530 Vorgaben des Behandlungsumfangs für diesen Erkrankungsbereich in den  
 531 erkrankungsspezifischen Regelungen identifiziert und den entsprechenden Facharztgruppen  
 532 der drei Ebenen des ASV-Teams zugeordnet.

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

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

542 **Bereich IV Arztgruppenübergreifende spezielle GOP (unter speziellen Voraussetzungen  
 543 berechnungsfähige GOP)**

544 **Kapitel 31 GOP für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und  
 545 orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen und Kapitel 36 Belegärztliche  
 546 Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher  
 547 Bereich**

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

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

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

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

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

557 Zuordnung der Leistungen des Kapitels 32 allgemein

558 Generell wurden die Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen  
559 ausgewählt, die laut Leitlinien und sonstiger Fachliteratur für die Versorgung von Patientinnen  
560 und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere  
561 Erkrankungen der Blutbildung in Frage kommen.

562 Zuordnung zu den einzelnen Facharztgruppen

563 1. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen 32.2

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

570 2. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen 32.3

571 Diese Leistungen werden durchgängig den Laborärztinnen oder Laborärzten zugeordnet.

572 **Kapitel 33 und 34: Zuordnung der Leistungen Ultraschalldiagnostik sowie Diagnostische und**  
573 **interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-**  
574 **Tomographie**

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

579 **Kapitel 35 Leistungen gemäß den Richtlinien des G-BA über die Durchführung der**  
580 **Psychotherapie**

581 Die Konkretisierung sieht im Behandlungsumfang die psychotherapeutische Beratung und  
582 Betreuung sowie die Beratung zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten vor.  
583 Die psychotherapeutischen Fachgruppen sind der dritten Ebene zugeordnet und können somit  
584 nur per Indikations- oder Definitionsauftrag tätig werden.

585 **Abschnitt 2:**

586 Das in Abschnitt 2 des Appendix benannte Verfahren ist für Erkrankungen der vorliegenden  
587 Konkretisierung derzeit nicht im EBM enthalten bzw. Bestandteil von Pauschalen.

588 **3. Bürokratiekostenermittlung**

589 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für  
590 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO.  
591 Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige  
592 Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten  
593 findet sich in der **Anlage 1.**

594 **4. Verfahrensablauf**

595 Am 7. Dezember 2022 begann die AG Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AG ASV)  
 596 bzw. am 28. Juni 2023 die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Erstellung des  
 597 Beschlussentwurfes. In 15 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im  
 598 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV) beraten (s.  
 599 untenstehende Tabelle).

600

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. März 2013	Plenum	Beschluss über Eckpunkte für die Erstellung der Anlagen der ASV-RL
8. November 2023	UA ASV	Beauftragung der AG ASV/AG ASV-RL Appendix mit der Erarbeitung der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
12. Dezember 2023	AG ASV	Beratung eines ersten Beschlussentwurfs
25. Januar 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
28. Februar 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
26. März 2023	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
18. April 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
16. Mai 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs
18. Juni 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
25. Juni 2024	AG ASV-RL Appendix	Erste Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
16. Juli 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
24. Juli 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
15. August 2024	AG ASV	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
21. August 2024	AG ASV-RL Appendix	Beratung zum Appendix des Beschlussentwurfs
11. September 2024	UA ASV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
16. Oktober 2024	AG ASV-RL Appendix	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
22. Oktober 2024	AG ASV	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
13. November 2024	UA ASV	Beschlussempfehlung an das Plenum

19. Dezember 2024

Plenum

Beschlussfassung

601 (Tabelle Verfahrensablauf)

602 **Stellungnahmeverfahren**

603 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den  
 604 Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) sowie den stellungnahmeberechtigten  
 605 Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des  
 606 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante  
 607 spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden  
 608 Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung Stellung zu nehmen, soweit deren  
 609 Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

610 Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom **11. September 2024** wurde das  
 611 Stellungnahmeverfahren am **14. September 2024** eingeleitet. Die den  
 612 stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**.  
 613 Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **12. Oktober 2024**.

614 Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die  
 615 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz  
 616 und die Informationsfreiheit legten ihre Stellungnahmen fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor  
 617 (**Anlage 4**). Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem  
 618 Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

619 Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppensitzung am **22. Oktober**  
 620 **2024** und **31. Oktober 2024** vorbereitet und durch den Unterausschuss ASV in seiner Sitzung  
 621 am **13. November 2024** durchgeführt (**Anlage 5**).

622 Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / Die  
 623 stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en wurde/n am T. Monat JJJJ fristgerecht zur  
 624 Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

625

626 **5. Fazit**

627 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **19. Dezember 2024** beschlossen,  
 628 die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V zu ändern: Ergänzung  
 629 der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des  
 630 lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung.

631 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit/nicht mit.

632 **6. Zusammenfassende Dokumentation**

633 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

634 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

635 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter  
 636 Beschlussentwurf über eine Änderung der ASV-RL sowie versandte Tragende  
 637 Gründe

638 Anlage 4: **Stellungnahmen**

639 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme

640 Berlin, den 19. Dezember 2024

641 Gemeinsamer Bundesausschuss

642 gemäß § 91 SGB V

643 Der Vorsitzende

644 Prof. Hecken

645

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Ambulante  
spezialfachärztliche Versorgung

ausschließlich per E-Mail an:  
asv@g-ba.de

Ihr Kontakt:  
Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1462  
**(bitte immer angeben)**

Dok.: 95449/2024

Anlage: -

Bonn, 17.10.2024

## **Änderung ASV-RL: Ergänzung Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung**

Sehr geehrte Frau Maag,  
sehr geehrte Frau Starke,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Ich sehe zum oben genannten  
Beschlusssentwurf von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 28.10.2024

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte  
Frau Katrin Starke  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der  
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Anlage  
1.1 a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und  
schwere Erkrankungen der Blutbildung**

*Ihr Schreiben vom 30.09.2024*

Sehr geehrte Frau Starke,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 30.09.2024, in welchem der Bundesärztekammer  
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Ergänzung der Anlage 1.1 a)  
Tumorgruppe 10: „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere  
Erkrankungen der Blutbildung“ (ASV-RL) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht  
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

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



Geschäftsstelle der  
Bundesärztekammer  
in Berlin



Bundeszahnärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der  
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 40005-0  
Fax: +49 30 40005-200  
E-Mail: info@bzaek.de  
www.bzaek.de  
IBAN  
DE55 3006 0601 0001 0887 69  
BIC  
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**per E-Mail:** asv@g-ba.de

Ihr Schreiben vom  
30. September 2024

Durchwahl  
-142

Datum  
30. Oktober 2024

**Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses:**

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):  
Anlage 1.1a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung**

Sehr geehrte Frau Starke,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Anpassung der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung.

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität