

Lesefassung des BESCHLUSSES

**des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V
in seiner 22. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**zur Erstellung, Veröffentlichung und Pflege von maschinell
verarbeitbaren Listen zu den Abschnitten der jeweiligen
Appendizes der Anlagen nach § 5 Abs. 1 der Richtlinie des
Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezial-
fachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) durch die
Geschäftsführung des ergänzten Bewertungsausschusses,**

**zuletzt geändert durch den Beschluss des ergänzten
Bewertungsausschusses in seiner 75. Sitzung
(schriftliche Beschlussfassung)**

mit Wirkung zum 1. Januar 2022

Präambel

Die Aufgaben der Geschäftsführung des ergänzten Bewertungsausschusses umfassen u. a. die Pflege von maschinell verarbeitbaren Listen der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 und 9 SGB V (abrechnungsfähige Leistungen) und ihre Veröffentlichung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses auf Grundlage des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 116b Abs. 4 Satz 2 SGB V bestimmten Behandlungsumfangs. In den Appendizes der jeweiligen Anlagen nach § 5 Abs. 1 der Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) ist der Behandlungsumfang abschließend definiert.

I. Erstellung, Pflege und Veröffentlichung von CSV-Dateien

1. Der ergänzte Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses in seiner Funktion als Geschäftsführung des ergänzten

Bewertungsausschusses mit der Erstellung und fortlaufenden Pflege von maschinell verarbeitbaren Listen der abrechnungsfähigen Leistungen zu den Abschnitten der jeweiligen Appendizes der Anlagen zur ASV-RL in den Satzarten ASV_ABSCHNITT1 und ASV_ABSCHNITT2 sowie mit ihrer Veröffentlichung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses. Die Listen haben für die einzelnen abrechnungsfähigen Leistungen auch die Angabe zu enthalten, ob bei mehrfacher Abrechnung der Leistung die Abschlagsregelung gemäß Nr. 5 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in der 2. Sitzung am 15. September 2015 angewendet wird. Dies erfüllt den Auftrag gemäß § 3 Abs. 6 der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV).

2. Ergänzend zu den Listen der abrechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 1 veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses in der Satzart ASV_ARZTGRUPPEN_CODE ein Arztgruppen-Schlüsselverzeichnis, in dem die textuellen Beschreibungen der Arztgruppen in den Appendizes der Anlagen zur ASV-RL je Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel auf einen eindeutigen vom Institut des Bewertungsausschusses zu vergebenden anlagenspezifischen Arztgruppencode umgesetzt werden. Einmal vergebene Arztgruppencodes werden, auch bei Wegfall einer Arztgruppe aus dem jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL, nicht wiederverwendet.
3. Die Listen der abrechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 1 sowie das Arztgruppen-Schlüsselverzeichnis nach Nr. 2 werden vom Institut des Bewertungsausschusses versioniert und auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html>) im CSV-Format veröffentlicht. Weiterhin veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses in der Satzart ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT eine Tabelle, in der für die jeweilige Versionsnummer der Listen der abrechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 1 der Gültigkeitszeitraum enthalten ist.
4. Die Veröffentlichung neuer und aktualisierter Versionen erfolgt anlassbezogen zeitnah, nachdem sich ein entsprechender Bedarf ergeben hat, insbesondere nach Beschluss einer neuen oder Anpassung einer bestehenden Anlage zur ASV-RL durch den G-BA, einer Anpassung der in der ASV abrechnungsfähigen Leistungen durch den ergänzten Bewertungsausschuss oder für die Erstellung der Listen der abrechnungsfähigen Leistungen relevanten Anpassungen der Anlagen zur ASV-AV. Die Veröffentlichung erfolgt erstmals zum 21. November 2017.
5. Die Struktur der Listen der abrechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 1, des Arztgruppen-Schlüsselverzeichnisses nach Nr. 2 und des Gültigkeitsverzeichnisses nach Nr. 3 ergibt sich aus der Anlage 1 zu diesem Beschluss.

6. Die jeweiligen Dateiversionen werden durch die Trägerorganisationen des ergänzten Bewertungsausschusses zur Veröffentlichung freigegeben.

II. Erstellung, Pflege und Veröffentlichung von Excel-Dateien

1. Der ergänzte Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses in seiner Funktion als Geschäftsführung des ergänzten Bewertungsausschusses mit der Erstellung und fortlaufenden Pflege von Excel-Dateien zu den Abschnitten der jeweiligen Appendizes der Anlagen zur ASV-RL und mit ihrer Veröffentlichung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<https://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html>). Die Excel-Dateien haben für die einzelnen abrechnungsfähigen Leistungen auch die Angabe zu enthalten, ob bei mehrfacher Abrechnung der Leistung die Abschlagsregelung gemäß Nr. 5 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in der 2. Sitzung am 15. September 2015 angewendet wird. Fehlt diese Angabe bei einer Leistung (Eintrag „k. A.“), so hat der ergänzte Bewertungsausschuss für diese Leistung zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Excel-Datei noch keine Festlegung zur Anwendung einer solchen Abschlagsregelung getroffen.
2. Die Veröffentlichung neuer und aktualisierter Versionen der Excel-Dateien erfolgt grundsätzlich synchron zur Veröffentlichung der entsprechenden CSV-Dateien gemäß Abschnitt I Nr. 4. Die Versionierung der Excel-Dateien folgt der gleichen Systematik wie die der CSV-Dateien. Die Excel-Dateien enthalten auf zusätzlichen Blättern Informationen zur Historisierung.
3. Die Struktur der Excel-Dateien ergibt sich aus der Anlage 2 zu diesem Beschluss. Abweichungen von dieser Struktur sind bei den Tabellenblättern möglich, die die Änderungen gegenüber dem vorherigen Gültigkeitszeitraum darstellen, sofern die Art oder der Umfang der Änderungen dies zur Wahrung der Übersichtlichkeit erforderlich machen.
4. Die jeweiligen Dateiversionen werden durch die Trägerorganisationen des ergänzten Bewertungsausschusses zur Veröffentlichung freigegeben.

Anlagen:

1. Struktur der Listen der in der ASV abrechnungsfähigen Leistungen, des Arztgruppen-Schlüsselverzeichnis und des Gültigkeitsverzeichnis
2. Struktur der Excel-Dateien

Anlage 1

**zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses
nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 22. Sitzung (schriftliche
Beschlussfassung)**

**Struktur der Listen der in der ASV abrechnungsfähigen
Leistungen, des Arztgruppen-Schlüsselverzeichnisses und des
Gültigkeitsverzeichnisses**

(Stand 1. Januar 2022)

Inhalt

1	Dateibeschreibung	5
2	Satzartbeschreibung ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT	6
3	Satzartbeschreibung ASV_ABSCHNITT1	8
4	Satzartbeschreibung ASV_ABSCHNITT2	10
5	Satzartbeschreibung ASV_ARZTGRUPPEN_CODE	12

1 Dateibeschreibung

Die Listen der abrechnungsfähigen Leistungen, das Arztgruppen-Schlüsselverzeichnis und das Gültigkeitsverzeichnis sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu veröffentlichen. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Die Dateien enthalten keine Spaltenüberschriften.

Folgende Dateinamenskongvention ist einzuhalten:

Für die Satzart zum Gültigkeitsverzeichnis (ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT):
ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT_Indikation_Stand.Endung

Für die Satzarten zu den Listen der abrechnungsfähigen Leistungen (ASV_ABSCHNITT1, ASV_ABSCHNITT2):
ASV_ABSCHNITT1_Indikation_ZeitraumID_Fassung.Endung
ASV_ABSCHNITT2_Indikation_ZeitraumID_Fassung.Endung

Für die Satzart zum Arztgruppen-Schlüsselverzeichnis (ASV_ARZTGRUPPEN_CODE):
ASV_ARZTGRUPPEN_CODE_Indikation_Stand.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Stand als Datum achtstellig numerisch (JJJJMMTT),
Indikation Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV,
ZeitraumID dreistellig alphanumerisch (CCC),
Fassung dreistellig alphanumerisch (CCC),
Endung csv

2 Satzartbeschreibung ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT

Dateinhalt:

Die Satzart beschreibt für jede Zeitraum-ID der Tabellen ASV_ABSCHNITT1 und ASV_ABSCHNITT2 den Gültigkeitszeitraum.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 und 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	25	alphanum.	Konstant „ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT“
01	Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV wie in den Listen ASV_ABSCHNITT1 und ASV_ABSCHNITT2 angegeben.
02	Zeitraum-ID	M	3	alphanum.	Eindeutig aus dem Gültigkeitszeitraum der maschinell verarbeitbaren Listen zu dieser Indikation abgeleiteter Wert. Der Gültigkeitszeitraum ergibt sich aus dem Inkraftsetzungsdatum der Beschlüsse des G-BA und des ergänzten Bewertungsausschusses.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
03	Fassung	M	3	alphanum.	Wert zur eindeutigen Identifizierung der aktuellsten Fassung der maschinell verarbeitbaren Listen zu dieser Indikation. Fassungen entstehen z. B. durch nachträgliche Festlegung von Pseudoziffern in Anlage 5 „Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern“ zur ASV-AV und haben keinen Einfluss auf den Gültigkeitszeitraum.
04	Beginn Zeitraum	M	8	numerisch	Beginn des Gültigkeitszeitraums im Format JJJJMMTT
05	Ende Zeitraum	M	8	numerisch	Ende des Gültigkeitszeitraums im Format JJJJMMTT; bei gegenwärtig nicht begrenztem Gültigkeitszeitraum ist der Wert „99991231“ zu verwenden.
06	Stand	M	8	numerisch	Stand der Tabelle ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT im Format JJJJMMTT. Teil des Dateinamens

3 Satzartbeschreibung ASV_ABSCHNITT1

Dateinhalt:

Die Satzart beschreibt die abrechnungsfähigen Leistungen in Abschnitt 1 des jeweiligen Appendix der Anlagen zur ASV-RL unter Berücksichtigung erfolgter Anpassungen, insbesondere durch Anpassungen oder Aktualisierungen der entsprechenden Anlage zur ASV-RL inklusive Appendix durch den G-BA, durch Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses oder Änderungen der Anlagen zur ASV-AV, als Positivliste.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	Konstant „ASV_ABSCHNITT1“
01	Zeitraum-ID	M	3	alphanum.	Zeitraum-ID, aus der Satzart „ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT“ übernommen. Teil des Dateinamens
02	Fassung	M	3	alphanum.	Fassung, aus der Satzart „ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT“ übernommen. Teil des Dateinamens
03	Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV. Teil des Dateinamens.
04	Arztgruppe	M	4	alphanum.	Arztgruppencode gemäß Satzart „ASV_ARZTGRUPPEN_CODE“
05	Teamebene	M	1	numerisch	1 = Kernteammitglied 2 = Hinzugezogener
06	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition des EBM

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Abschlag	M	1	numerisch	Angabe, ob bei mehrfacher Abrechnung die Abschlagsregelung gemäß Nr. 5 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in der 2. Sitzung am 15. September 2015 angewendet wird. 0 = kein Abschlag 1 = Abschlag von 10 % 2 = Abschlag von 15 % 3 = noch nicht ermittelt

Hinweis

Enthält die Positivliste zu einer Kombination aus Indikation, ZeitraumID und Fassung keine abrechnungsfähigen Leistungen, so ist die entsprechende Datei

ASV_ABSCHNITT1_Indikation_ZeitraumID_Fassung.csv

leer.

4 Satzartbeschreibung ASV_ABSCHNITT2

Dateiinhalt:

Die Satzart beschreibt die abrechnungsfähigen Leistungen in Abschnitt 2 des jeweiligen Appendix der Anlagen zur ASV-RL unter Berücksichtigung erfolgter Anpassungen, insbesondere durch Anpassungen oder Aktualisierungen der entsprechenden Anlage zur ASV-RL inklusive Appendix durch den G-BA, durch Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses oder Änderungen der Anlagen zur ASV-AV, als Positivliste.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	Konstant „ASV_ABSCHNITT2“
01	Zeitraum-ID	M	3	alphanum.	Zeitraum-ID, aus der Satzart „ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT“ übernommen. Teil des Dateinamens
02	Fassung	M	3	alphanum.	Fassung, aus der Satzart „ASV_SCHLUESSELGUELTIGKEIT“ übernommen. Teil des Dateinamens
03	Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV. Teil des Dateinamens
04	Arztgruppe	M	4	alphanum.	Arztgruppencode gemäß Satzart „ASV_ARZTGRUPPEN_CODE“
05	Teamebene	M	1	numerisch	1 = Kernteammitglied 2 = Hinzugezogener
06	Leistung	M	≤ 4000	alphanum.	Bezeichnung der Leistung gemäß Appendix der Anlage zur ASV-RL

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Pseudoziffer	m	≤ 6	alphanum.	Pseudoziffer zur Leistung in Feld 06 gemäß § 1 Absatz 1 der Anlage 5 „Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern“ zur ASV-AV, leer falls noch keine Pseudoziffer festgelegt wurde; oder sonstige Ziffer zur Leistung in Feld 06 gemäß § 1 Absatz 2 der Anlage 5 „Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern“ zur ASV-AV

Hinweis

Enthält die Positivliste zu einer Kombination aus Indikation, ZeitraumID und Fassung keine Leistungen, so ist die entsprechende Datei

ASV_ABSCHNITT2_Indikation_ZeitraumID_Fassung.csv

leer.

5 Satzartbeschreibung ASV_ARZTGRUPPEN_CODE

Dateiinhalt:

Die Satzart beschreibt je Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV die Zuordnung der textuellen Beschreibung der Arztgruppen im entsprechenden Appendix der Anlagen zur ASV-RL zu einem Arztgruppencode. Zudem können der Tabelle die durchgehenden Gültigkeitszeiträume entnommen werden, innerhalb derer die jeweilige Arztgruppe im entsprechenden Appendix der Anlagen zur ASV-RL enthalten ist.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	20	alphanum.	Konstant „ASV_ARZTGRUPPEN_CODE“
01	Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV.
02	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Textuelle Beschreibung der Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01. Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.
03	Beginn Zeitraum	M	8	numerisch	Beginn eines durchgehenden Gültigkeitszeitraums der in Feld 02 beschriebenen Arztgruppe für die jeweilige Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01 im Format JJJJMMTT

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
04	Ende Zeitraum	M	8	numerisch	Ende des jeweiligen gemäß Feld 03 beginnenden durchgehenden Gültigkeitszeitraums im Format JJJJMMTT; bei gegenwärtig nicht begrenztem Gültigkeitszeitraum ist der Wert „99991231“ zu verwenden.
05	Arztgruppen-code	M	4	alphanum.	Der der in Feld 02 beschriebenen Arztgruppe zugeordnete Code für die jeweilige Indikation gemäß Feld 01.
06	Zusätzliche Arztgruppe	M	1	numerisch	Angabe, ob sich die Arztgruppe gemäß Feld 02 für die Indikation gemäß Feld 01 aus zusätzlichen Elementen des entsprechenden Appendix der Anlage zur ASV-RL ergibt (z. B. aus Fußnoten): 0 = keine zusätzliche Arztgruppe 1 = zusätzliche Arztgruppe
07	Stand	M	8	numerisch	Stand der Tabelle ASV_ARZTGRUPPEN_CODE im Format JJJJMMTT. Teil des Dateinamens

Anlage 2

**zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses
nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 22. Sitzung (schriftliche
Beschlussfassung)**

Struktur der Excel-Dateien

(Stand 21. November 2017)

In den folgenden Abbildungen (Abbildung 1 bis Abbildung 5) ist für eine Anlage zur ASV-RL die Struktur der Excel-Dateien mit den abrechnungsfähigen Leistungen in der ASV dargestellt.

	A	B	C	D	E	F
2		Präambel				
3						
4		Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) fest. Nach § 5 der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-Richtlinie) ergibt sich der Behandlungsumfang der ASV erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen. Die im Rahmen der ASV erbringbaren Leistungen werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung der Richtlinie abschließend definiert. Bis zum Inkrafttreten einer neuen ASV-Vergütungssystematik bestimmt der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 116 b Abs. 6 Satz 8 und 9 SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen in der ASV. Auf dieser Grundlage enthalten die folgenden Tabellen abschließend Auflistungen der derzeit erkrankungs- bzw. leistungsbezogen abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM (nach Abschnitt 1 des Appendix der ASV-Richtlinie erbringbare Leistungen) und weitere ASV-spezifische abrechnungsfähige Leistungen bzw. Gebührenordnungspositionen (nach Abschnitt 2 des Appendix der ASV-Richtlinie erbringbare Leistungen). Leistungen, die nicht in den Tabellen aufgeführt sind, können nicht im Rahmen der ASV vergütet werden. § 5 Absatz 1 Satz 3 der ASV-				
5						
6		Indikation		Anlage 2 k) Beispiel-Indikation		
7		Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel		2xxxxx		
8						
9		Zeitraum-ID		Gültigkeit der folgenden Tabellen		
10		006		08.06.2017		
11		Fassung				
12		001				
13						
14		Hinweis:				
15		Leistungen aus dem Abschnitt 2 des vom Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossenen Appendix, die durch Beschluss des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses in Bereich VII des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgenommen wurden, sind in Abschnitt 1 aufgeführt.				
16						
17						
18		Legende				
19						
20		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.		
21		1		Die mit der GOP beschriebenen Leistungsinhalte des Abschnitts 1 bzw. die aufgeführte Leistung in Abschnitt 2 gehören für die jeweilige Arztgruppe zum Behandlungsumfang.		
22						
23						
24						
25				Arztgruppen, welche in den Tabellenköpfen der Datenblätter Änderungen in Abschnitt 1 bzw. 2 grün hinterlegt sind, wurden neu aufgenommen.		
26				Arztgruppen, welche in den Tabellenköpfen der Datenblätter Änderungen in Abschnitt 1 bzw. 2 rot hinterlegt sind, wurden gestrichen.		
27						
28				Gebührenordnungspositionen bzw. Leistungen, welche in den Datenblättern Änderungen in Abschnitt 1 bzw. 2 grün hinterlegt sind, wurden neu hinzugefügt.		
29				Gebührenordnungspositionen bzw. Leistungen, welche in den Datenblättern Änderungen in Abschnitt 1 bzw. 2 gelb hinterlegt sind, wurden neu auf 0 bzw. 1 gesetzt.		
30				Gebührenordnungspositionen bzw. Leistungen, welche in den Datenblättern Änderungen in Abschnitt 1 bzw. 2 rot hinterlegt sind, wurden gestrichen.		
31		Änderungen beziehen sich auf den vorherigen Gültigkeitszeitraum.				
32						
33						

Abbildung 1 Struktur des Deckblattes.

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte											
	Zeitraum-ID	Fassung	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Abschlag	Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychotherapeut	Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	
2																										
3	006	001	2xxxx	III	11	11.4.2	Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen	11448	Mutationssuche in Genen, die eine thorakale Aortenerweiterung auslösen und mit einem Risiko der Aortendissektion einhergehen	0%	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	006	001	2xxxx	IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	0%	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										

Abbildung 2 Struktur des Tabellenblattes zu den Abschnitt-1-Leistungen.

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Kernteam										Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte									
	Änderungstyp	Zeitraum-ID	Fassung	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP-Bezeichnung	Abschlag	Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie			
2	Hinzugefügte GOP	006	001	2xxxxx	III	11	11.4.2	Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen	11448	Mutationssuche in Genen, die eine thorakale Aortenerweiterung auslösen und mit einem Risiko der Aortendissektion einhergehen	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3	Vorhandene GOP mit Arztgruppenänderung	006	001	2xxxxx	IV	35	35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	0%	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0		
4	Entfernte GOP	006	001	2xxxxx	III	11	11.3	Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11236	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	0%	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
21																														
22																														

Abbildung 3 Struktur des Tabellenblattes zu den Änderungen bei Abschnitt-1-Leistungen im Vergleich zum vorherigen Gültigkeitszeitraum.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T				
1	Zeitraum-ID	Fassung	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Ifd. Nr. in Abschnitt 2 G-BA Richtlinie	Bezeichnung der Leistung	Pseudoziffer	Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte												
2							Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologe	Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie			
3	006	001	2xxxxx	1	Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	88504	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
4	006	001	2xxxxx	2	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall	88505	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0				
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								

Abbildung 4 Struktur des Tabellenblattes zu den Abschnitt-2-Leistungen.

Ein Service der Geschäftsführung des ergänzten Bewertungsausschusses
Diese Lesefassung entspricht keiner amtlichen Bekanntmachung

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	
	Änderungstyp	Zeitraum-ID	Fassung	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Ifd. Nr. in Abschnitt 2 G-BA Richtlinie	Bezeichnung der Leistung	Pseudoziffer	Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte										Anmerkung	
2								Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie		
3	Hinzugefügte Leistung	006	001	2xxxx	1	Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	88504	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Vorhandene Leistung mit Arztgruppenänderung	006	001	2xxxx	2	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall	88505	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
5	Entfernte Leistung	006	001	2xxxx	3	Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung	88509	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								

Abbildung 5 Struktur des Tabellenblattes zu den Änderungen bei Abschnitt-2-Leistungen im Vergleich zum vorherigen Gültigkeitszeitraum.