

**Erweiterter Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen  
des Landes Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg**

**Tel. - Nr.: 0391 627-6449/7449  
Fax - Nr.: 0391 627-8436  
E-Mail: [ela@kvsa.de](mailto:ela@kvsa.de)**

**Anzeige  
Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen  
Versorgung nach § 116b SGB V**

Ich/wir beabsichtige/n, folgende ambulante spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V zu erbringen:

**Diagnostik und Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 6:  
Kopf- oder Halstumore gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, in der Fassung vom 21. März 2013,  
zuletzt geändert am 16. März 2023, in Kraft getreten am 18. September 2023**

Zur Gruppe der Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit Kopf- oder Halstumoren, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf. Zur Gruppe der Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- C 00.- Bösartige Neubildung der Lippe
- C 01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes
- C 02.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
- C 03.- Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
- C 04.- Bösartige Neubildung des Mundbodens
- C 05.- Bösartige Neubildung des Gaumens
- C 06.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
- C 07 Bösartige Neubildung der Parotis
- C 08.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen

- C 09.- Bösartige Neubildung der Tonsille
- C 10.- Bösartige Neubildung des Oropharynx
- C 11.- Bösartige Neubildung der Nasopharynx
- C 12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
- C 13.- Bösartige Neubildung des Hypopharynx
- C 14.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und Pharynx
- C 30.- Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres
- C 31.- Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen
- C 32.- Bösartige Neubildung des Larynx
- C 41.0- Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels
- C 43.0 Bösartiges Melanom der Lippe
- C 43.2 Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges
- C 43.3 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
- C 43.4 Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses
- C 44.0 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Lippenhaut
- C 44.1 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut:  
Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus
- C 44.2 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut:  
Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges
- C 44.3 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut:  
Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
- C 44.4 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses
- C 46.0 Kaposi-Sarkom der Haut
- C 46.1 Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
- C 46.2 Kaposi-Sarkom des Gaumens
- C 46.3 Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
- C 47.0 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses

- C 47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems:  
Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C 49.0 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe:  
Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
- C 49.8 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe:  
Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C 73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse
- C 75.0 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse
- C 75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum
- C 75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen:  
Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- C 76.0 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Hals, Gesicht
- C 80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

**Allgemeine Hinweise:**

- 1) Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, haben nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzuzeigen.
- 2) Zur besseren Lesbarkeit werden personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der männlichen Form angeführt, also z.B. „Facharzt“ statt „Fachärztin“.
- 3) Vertreter dürfen nur im Falle der Abwesenheit des Vertretenen in ihrer Funktion als Vertreter tätig werden, § 3 Abs. 4 der ASL-RL. Bitte benennen Sie die Vertreter, sofern sie bereits bekannt sind.

**1.) Personelle Anforderungen**

Die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorguppe 6:

Kopf- oder Halstumore erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt.

**1a) Angaben zur Teamleitung**

Die Leitung und Koordination des Teams sowie die Vertretung der Teamleitung erfolgen durch:

- einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- einen Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie **oder**
- einen Facharzt für Strahlentherapie

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:

- einen Facharzt für Viszeralchirurgie **oder**
- einen Facharzt für Nuklearmedizin

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleitung			Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
<b>oder</b>					
Teamleitung			Facharzt für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:</b>					
Teamleitung			Facharzt für Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>					
Teamleitung			Facharzt für Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte benennen Sie die Vertreter, sofern Sie bereits bekannt sind.**

<b>1b) Angaben zum Kernteam</b>					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Facharzt im Fachgebiet Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt im Fachgebiet Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:</b>					
Teammitglied			Facharzt Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:**

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

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Humangenetik, nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik, nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die **Zusatzweiterbildung Palliativmedizin** verfügen:

Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	Zusatzbezeichnung	Nachweise	
		erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1d) Kooperation**

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus (§ 3 Abs. 1 S. 1 ASV-RL).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen (§ 3 Abs. 1 S. 2 ASV-RL).

Weitere Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt. Diese ASV-Kooperation macht eine Zusammenarbeit mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich. Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich.

Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten (§ 10 ASV-RL).

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch (z.B. Team- bzw. Fallbesprechungen, bitte Tag/e und Uhrzeit/en angeben):

---



---



---



---



---

<b>Nachweis §§ 3 Abs. 1 Satz 1, 10 ASV-RL</b>	
Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation liegt der Anzeige bei. <b>Nachweise beifügen:</b> Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung	<input type="checkbox"/>
<b>Nachweis § 3 Abs. 5 Satz G-BA-Richtlinie</b>	
Die ausreichende Erfahrung für die ambulant spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor (Nachweis z.B. durch Leistungsstatistiken, indikationsbezogene Fortbildungen).	<input type="checkbox"/>

<b>3.) Anzeige zu den teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V (ggf. wiederholen)</b>		
Titel, Vorname, Name (Arzt bzw. Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 SGB V):		
Anschrift:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
<b>BSNR:</b>	<b>LANR:</b>	<b>Titel, Vorname, Name der Mitglieder der BAG bzw. des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 Abs. 2 SGB V:</b>

<b>4.) Anforderungen an die Strukturqualität</b>			
<b>4a) Sächliche Anforderungen: Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:</b>			
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologischer Pflege)	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Logopädie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>

<b>4b) Organisatorische Anforderungen:</b> <b>Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:</b>	
<b>Die Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,</b>	
sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.	<input type="checkbox"/>
einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.	<input type="checkbox"/>
<p>Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</li> <li>- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</li> </ul> <p>Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Viszeralchirurgie</li> </ul> <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.  Die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor sind in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 Abs. 1 s. 3 ASV-RL).  Eine schriftliche Erklärung zur Organisation der Notfallversorgung ist beizufügen.</p>	<input type="checkbox"/>
Die mit der Betreuung beauftragten Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation oder seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zertifizierte Zusatzaus- bzw. -weiterbildung zur onkologischen Pflege (Nachweise in Kopie beifügen). Soweit keine entsprechende Qualifikation besteht, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen (etwa durch Bescheinigung einer langjährigen entsprechenden Tätigkeit).	<input type="checkbox"/>
Jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) wird zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die <b>alle</b> an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
Dem Patienten wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.	<input type="checkbox"/>
Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.	<input type="checkbox"/>
Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen steht zur Verfügung (Nachweis über die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze und Regelung für Wochenenden / Feiertage).	<input type="checkbox"/>
Für immundifizierte Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung (Nachweis in Form von Beschreibung, ggf. Fotos, beifügen).	<input type="checkbox"/>

Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe (Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten wird vorgehalten (Beschreibung beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine Mikrobiologie steht zur Verfügung. (Nachweis beifügen, Benennung der/des Labore/s)	<input type="checkbox"/>
Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten werden bereitgehalten. (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. (§ 4 S. 3 ASLV-RL) (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/>
Stationäre Notfalloperationen sind möglich.	<input type="checkbox"/>
Den Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den in Sachsen-Anhalt geltenden Regelungen.	<input type="checkbox"/>

<b>4c) Dokumentationen</b>	
Die Dokumentation ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht (Nachweis: Schilderung, auf welche Art die Dokumentation erfolgt und wie der Zugriff der berechtigten Ärzte sichergestellt wird).	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation stellt die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicher.	<input type="checkbox"/>
Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/>
Die Information des Patienten nach § 15 S. 2 ASV-RL wird dokumentiert.	<input type="checkbox"/>

5.) Tätigkeitsort der spezialfachärztlichen Leistungen		
Angabe der Adresse des Tätigkeitsortes in Druckbuchstaben:		
Das Team bietet die Leistungen zu folgenden Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) gemeinsam am oben angegebenen Ort.:		
Montag	von:                   Uhr	bis:                   Uhr
Dienstag	von:                   Uhr	bis:                   Uhr
Mittwoch	von:                   Uhr	bis:                   Uhr
Donnerstag	von:                   Uhr	bis:                   Uhr
Freitag	von:                   Uhr	bis:                   Uhr
Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten genommenen Untersuchungsmaterials. Der Ort der Leistungserbringung liegt dennoch für direkt am Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung.		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)		
Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.		

<b>6a) Mindestmengen</b>	
In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 70 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung tumorspezifischer Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzungen eines der unter 6b) genannten Kriterien erfüllen:

<b>6b) Mindestmengen</b>	
In den letzten 12 Monaten hat mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal sichergestellt. Darunter waren 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt wurden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung.	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>	
In den letzten 12 Monaten hat mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal sichergestellt. Darunter waren 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt wurden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>	
In den letzten 12 Monaten konnten die angegebenen arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) nicht erreicht werden. Es wurden jedoch mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patienten behandelt. Entsprechende Nachweise lt. Anlage 2 sind beigefügt. Es ist sichergestellt, dass die erforderlichen Mindestmengen im 2. Jahr der ASV-Berechtigung erreicht werden.	<input type="checkbox"/>



**Mir ist bekannt, dass**

- die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,
  - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V.
  - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen.
  - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen.
  - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche.
  - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:

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

- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

<b>Folgende entscheidungsrelevante Unterlagen für die benannten Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:</b>	
- Urkunden über Facharztanerkennungen/Schwerpunktbezeichnungen/Zusatz-Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>
- Nachweise für die besonderen Erfahrungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aller Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
- Kooperationsverträge	<input type="checkbox"/>
- Abrechnungsgenehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (lt. Anlage 1)	<input type="checkbox"/>
- aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
- Nachweise über regelmäßige Teilnahme an indikationsbezogenen Fortbildungen innerhalb der letzten 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
- weitere entscheidungsrelevante Unterlagen (z.B. Zeugnisse, soweit für die entsprechende Leistung keine Abrechnungsgenehmigung vorliegt)	<input type="checkbox"/>
- Nachweis von Mindestmengen (Anlage 2)	<input type="checkbox"/>

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass**

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren in der jeweils gültigen Fassung richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung erfolgen nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die ASV-Servicestelle weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen Facharztbescheides bestätigen zu lassen.

**Zustellungsvollmacht**

Ich erteile dem Teamleiter Zustellungsvollmacht nach § 7 Verwaltungszustellungsgesetz für alle in diesem Verfahren an mich gerichteten Bescheide, Entscheidungen, sonstigen Verwaltungsakte und Mitteilungen des erweiterten Landesausschusses. Sämtliche Zustellungen sind ausschließlich an meinen Zustellungsbevollmächtigten zu bewirken. Die Zustellungsvollmacht gilt bis zu ihrem schriftlichen Widerruf.

..... Ort, Datum	..... Teamleiter* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... Mitglied Kernteam* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... Mitglied Kernteam (ggf. Vertragsarztstempel)
..... Mitglied Kernteam* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehender Facharzt (ggf. Vertragsarztstempel)

**Hinweis:** bei angestellten Ärzten ist zusätzlich die Unterschrift des Arbeitgebers (MVZ, GP, Vertragsarzt) erforderlich

## Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Bronchoskopie</b>					
Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie BAL	09316		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen</b>					
09372, 09373, 09374, 09375			<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Humangenetik</b>					
11230, 11233, 11234, 11235, 11301, 11302, 11303, 11511, 11512, 11513, 11518			<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laboratoriumsmedizin</b>					
12210, 12220			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13252		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13253		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koloskopie	13421, 13422, 13423, 13424		<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Kardiologie	13545		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchoskopie Zuschlag	13663		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nuklearmedizin</b>					
17210, 17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17370, 17372			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pathologie</b>					
19210, 19310, 19312, 19314, 19320, 19321, 19330, 19332, 19401, 19402, 19403, 19404, 19410, 19411, 19421, 19424, 19451, 19452, 19453			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Strahlentherapie</b>					
25211, 25214, 25321, 25324, 25328, 25331, 25333, 25340, 25341, 25342, 25343, 25345		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Therapie</b>					
30410, 30411, 30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerztherapie</b>					
Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30700, 30702, 30706, 30708	<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30700, 30702, 30706, 30708		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mikroskopische Untersuchungen</b>						
32164, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32187			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gerinnungsuntersuchungen</b>						
32228			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Klinisch-chemische Untersuchungen</b>						
32232, 32233, 32237, 32247, 32248, 32254, 32300, 32305, 32308, 32320, 32321, 32324, 32325, 32341, 32344, 32367, 32372, 32373, 32395, 32396, 32403, 32404, 32405, 32410, 32411, 32413, 32414, 32420			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunologische Untersuchungen</b>						
32435, 32441, 32457, 32459, 32460, 32463, 32502, 32508			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Blutgruppenserologische Untersuchungen</b>				
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32556		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionsimmunologische Untersuchungen</b>				
32569, 32570, 32571, 32575, 32592, 32601, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32621, 32628, 32629, 32630, 32631, 32632, 32640, 32660, 32661, 32670		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mykologische Untersuchungen</b>				
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bakteriologische Untersuchungen</b>				
32700, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32745, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Virologische Untersuchungen</b>				
32780, 32781, 32782, 32784, 32785, 32788, 32789		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Molekularbiologische Untersuchungen</b>					
32825, 32831, 32835, 32850, 32859			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Molekulargenetische Untersuchungen</b>					
32867			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ultraschalldiagnostik</b>					
Sonographie des Auges	33000, 33001,33002		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlen- Sonographie, Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüse (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33010, 33011		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie (M-Mode- und B- Mode-Verfahren)	33020		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppler- Echokardiographie (PW-/CW-Doppler)	33021		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex- Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag TEE	33023		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	33030		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	33031		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uro-Genital- Sonographie	33043		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardio- graphie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmittelein- bringung	33046		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CW-Doppler- Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler- Sonographie extremitäten- versorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler- Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33071		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	33080		<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag transkavitäre Untersuchung und Zuschlag optische Führungshilfe	33090, 33091		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag transkavitäre Untersuchung und Zuschlag optische Führungshilfe	33090, 33091		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
<b>Diagnostische Radiologie</b>						
Übersichtsaufnahmen des Schädels	34210		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panoramaschicht- aufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	34211		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	34212		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Röntgenaufnahme</b>						
34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34260			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Serienangiographie, Zuschläge	34283, 34284, 34285, 34286, 34287		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkatheter- untersuchung und Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	34291, 34292		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphographie	34293		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlebographie, Zuschlag Computergestützte Analyse, Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes	34294, 34295, 34296		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	34298		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Computertomographie</b>						
34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gestützte Bestrahlungsplanung	34360		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>MRT-Untersuchungen</b>						
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452,			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT- Bestrahlungsplanung	34460		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie der Hirngefäße	34470		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie der Halsgefäße	34475		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	34480		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	34485		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie von Venen	34486		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	34489		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
MRT-Angiographie der Arterien und armversorgenden Arterien	34490		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34492		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	34501		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34503, 34504, 34505		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET, PET/CT	34700, 34701, 34702, 34703		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
<b>Telekonsil</b>						
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	34800		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	34810		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	34820		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	34821		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Interventionen, Einzel- und Gruppenbehandlung	35111, 35112		<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologische Psychotherapeutin oder psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
<b>Abschnitt 2 des Appendix</b>					
PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren  - zur Planung einer potenziell kurativen Lokalthherapie oder vor funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation), sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von Kopf/Hals, Thorax und Abdomen abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokalthherapie empfohlen wird		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor- Liganden oder J-124) bei Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und  - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie, zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patienten mit malignem Melanom, Merkel- Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patienten mit Paragangliomen zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eine Patienten mit Tumoren des Kopfs oder Hals unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV- Ärzte))		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie (Kernteam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anlage 2 Nachweis von Mindestmengen

### Onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Kopf- oder Halstumoren

#### **Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1a Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien**

Das Kernteam muss mindestens 70 Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

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

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

- Mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung), darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

oder

- Mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung), darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (70, 120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten heranzuziehen.

Ausnahmen von den Mindestmengen sind zulässig, soweit einzelne oder mehrere Mindestmengen bis zu einer Dauer von zwei Jahren um höchstens 50% unterschritten werden und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden.

### Nachweis der erforderlichen Mindestmengen im Vorjahr der ASV-Berechtigung

Wir bitten Sie um die nachstehenden Angaben zum Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen im Vorjahr dieser Anzeige. Sofern mehrere Mitglieder des Kernteams Patienten gemeinsam behandelt haben, können die Angaben auch für mehrere Mitglieder des Kernteams gemeinsam gemacht werden.

<input type="checkbox"/>	Die oben beschriebenen Voraussetzungen für einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sind für folgende Patienten
--------------------------	--

und/oder

<input type="checkbox"/>	für einen Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams erfüllt.
--------------------------	--

Patientennummer	Diagnose (ICD-Code 4 bzw. 5-stellig und Klartext)	Behandlungszeitraum	behandelt von: (Name des Teammitglieds)

Patientennummer	Diagnose (ICD-Code 4 bzw. 5-stellig und Klartext)	Behandlungszeitraum	behandelt von: (Name des Teammitglieds)





