

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

Tel.-Nr.:  
Fax.-Nr.:  
E-Mail:

0391 627-6449 / 7449  
0391 627-8436  
[ela@kvsda.de](mailto:ela@kvsda.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:

**Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1:  
Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses,  
in der Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024, in Kraft getreten am 26.06.2025**

Zur Gruppe der Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patienten zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit folgenden Erkrankungen oder Zuständen kodiert mit:

C 94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression  
C 94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression  
C 86.0- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen

Allgemeine Hinweise:

- 1) Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sachlichen 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 vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern 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 Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

Die Teamleitung muss in einer Transplantation tätig sein, die allogene Stammzelltransplantation durchführt.

| Funktion                   | Titel, Vorname, Name<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des<br>Vertragsarztes / IK<br>des Krankenhauses | Fachgebietsbezeichnung mit<br>Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung | Nachweise                |  |
|----------------------------|--|--|--|--------------------------|--|
|                            |  |  |  | erbracht                 | im Arztreregister<br>der KVSA<br>eingetragen |
| 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"/>                     |

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

| 1b) Angaben zum Kernteam   |  |  |  |  |                          |
|----------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
| Funktion                   | Titel, Vorname, Name<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des<br>Vertragsarztes / IK<br>des Krankenhauses | Fachgebietsbezeichnung mit<br>Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung | Nachweise<br>erbracht      im Arztregrister<br>der KVSA<br>eingetragen |                          |
| Teammitglied               |  |  | Haut- und Geschlechtskrankheiten                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Teammitglied |  |  | Haut- und Geschlechtskrankheiten                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>und</b>                 |  |  |  |  |                          |
| Teammitglied               |  |  | Innere Medizin und Gastroenterologie                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Teammitglied |  |  | Innere Medizin und Gastroenterologie                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>und</b>                 |  |  |  |  |                          |
| Teammitglied               |  |  | Facharzt für Innere Medizin und<br>Hämatologie und Onkologie*  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Teammitglied |  |  | Facharzt für Innere Medizin und<br>Hämatologie und Onkologie*  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

\* Mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

Zusätzlich können nur für die Weiterbehandlung gemäß 3.2 Nummer 1 auch Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie benannt werden.

§ 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV RL gilt für dieses zusätzliche Teammitglied nicht:

„Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten.

An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen.

Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sei.“

| <b>1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b> |  |   |  |                          |  |
|---|--|---|--|--------------------------|--|
| <b>Funktion</b>                                       | <b>Titel, Vorname, Name<br/>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b> | <b>LANR des<br/>Vertragsarztes / IK<br/>des Krankenhauses</b> | <b>Fachgebietsbezeichnung mit<br/>Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>         | <b>Nachweise</b>         |  |
|   |  |   |  | <b>erbracht</b>          | <b>im Arztregrister<br/>der KVSA<br/>eingetragen</b> |
| Hinzuzuziehende/r                                     |  |   | Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                       |  |   | Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Hinzuzuziehende/r                                     |  |   | Anästhesiologie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                       |  |   | Anästhesiologie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Hinzuzuziehende/r                                     |  |   | Augenheilkunde   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                       |  |   | Augenheilkunde   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Hinzuzuziehende/r                                     |  |   | Frauenheilkunde und Geburtshilfe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                       |  |   | Frauenheilkunde und Geburtshilfe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Hinzuzuziehende/r                                     |  |   | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                       |  |   | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Hinzuzuziehende/r                                     |  |   | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                       |  |   | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                             |

| Funktion                        | Titel, Vorname, Name<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des<br>Vertragsarztes / IK<br>des Krankenhauses | Fachgebietsbezeichnung mit<br>Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung | Nachweise<br>erbracht<br>im Arztregrister<br>der KVSA<br>eingetragen |                          |
|---------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
| Hinzuzuziehende/r               |  |  | Innere Medizin und Kardiologie                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r |  |  | Innere Medizin und Kardiologie                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r               |  |  | Innere Medizin und Nephrologie                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r |  |  | Innere Medizin und Nephrologie                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r               |  |  | Innere Medizin und Pneumologie                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r |  |  | Innere Medizin und Pneumologie                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r               |  |  | Innere Medizin und Rheumatologie                                 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r |  |  | Innere Medizin und Rheumatologie                                 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r               |  |  | Laboratoriumsmedizin   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r |  |  | Laboratoriumsmedizin   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r               |  |  | Mikrobiologie, Virologie und<br>Infektionsepidemiologie          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r |  |  | Mikrobiologie, Virologie und<br>Infektionsepidemiologie          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r               |  |  | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r |  |  | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

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

| Funktion   | Titel, Vorname, Name<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des<br>Vertragsarztes / IK<br>des Krankenhauses | Fachgebietsbezeichnung mit<br>Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung | Nachweise<br>erbracht<br>im Arztreregister<br>der KVSA<br>eingetragen |                          |
|--|--|--|--|---|--------------------------|
| Hinzuzuziehende/r                                      |  |  | Urologie   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                        |  |  | Urologie   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zusätzlich kann ein Facharzt benannt werden für</b> |  |  |  |   |                          |
| Hinzuzuziehende/r                                      |  |  | Transfusionsmedizin  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung<br>Hinzuzuziehende/r                        |  |  | Transfusionsmedizin  | <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):

---

---

---

---

---

---

---

**Nachweis §§ 3 Abs. 1 Satz 1, 10 ASV-RL**

Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation liegt der Anzeige bei.

Nachweise beifügen: Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung**Nachweis § 3 Abs. 5 Satz G-BA-Richtlinie**

Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor.

(Nachweis z.B. durch Leistungsstatistiken, indikationsbezogene Fortbildungen)

**2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)**

Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):

Anschrift:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

**Nachweise in Kopie sind beigefügt:**

Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen (Feststellungsbescheid § 108 SGB V).

Ja

Nein

Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:

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

|   |                        |  |                          |
|---|------------------------|--|--------------------------|
| <b>4.) Anforderungen an die Strukturqualität</b>  |                        |  |                          |
| <b>4a) Sächliche Anforderungen:</b><br>Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:   |                        |  |                          |
|   |                        |  |                          |
| Physiotherapie  | namentliche Benennung: |  | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten   | namentliche Benennung: |  | <input type="checkbox"/> |
| Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege  | namentliche Benennung: |  | <input type="checkbox"/> |
|   |                        |  |                          |
| <b>4b) Organisatorische Anforderungen:</b><br>Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:  |                        |  |                          |
| Die Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,   |                        |  |                          |
|   |                        |  |                          |
| 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"/> |
| Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:<br>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  |                        |  | <input type="checkbox"/> |
| Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.<br>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).<br>Eine schriftliche Erklärung zur Organisation der Notfallversorgung ist beizufügen.   |                        |  | <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 <u>alle</u> 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 immundifiziente 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.<br>Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 S. 3 ASLV-RL, Nachweise beifügen).   | <input type="checkbox"/> |
| Stationäre Notfallopoperationen 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.<br>(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"/> |

| <b>5.) Tätigkeitsort der spezialfachärztlichen Leistungen</b>   |          |          |  |
|---|----------|----------|--|
| 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 vom Tätigkeitsort der Teamleitung. |          |          |  |
| Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben:<br>(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:<br>(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:<br>(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:<br>(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 vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.  |          |          |  |

| <b>6a) Mindestmengen</b>   |                          |
|--|--------------------------|
| Da die Teamleitung an einer Klinik tätig sein muss, die allogenen Stammzelltransplantationen durchführt und damit die Anforderungen der Mindestmengenregelung des G-BA zur allogenen Stammzelltransplantation erfüllt, sind gesonderte Anforderungen zur Mindestmenge für die ASV nicht notwendig. | <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 vertretenen 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 zur Behandlung von Patienten vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zur Behandlung von Patienten vor oder nach Organtransplantationen und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation 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 KVSA 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 Facharztes 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*<br>(ggf. Vertragsarztstempel)               | Mitglied Kernteam*<br>(ggf. Vertragsarztstempel)        | Mitglied Kernteam<br>(ggf. Vertragsarztstempel)         |
|---|---|---|---|
| .....   | .....   | .....   | .....   |
| Mitglied Kernteam*<br>(ggf. Vertragsarztstempel)        | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) |
| .....   | .....   | .....   | .....   |
| hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) |
| .....   | .....   | .....   | .....   |
| hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(ggf. Vertragsarztstempel) | hinzuzuziehender Facharzt<br>(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<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|------------|---------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
|  |            |                           |   | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| <b>Videosprechstunde</b>                           |            |                           |   |                                      |                          |
| Videosprechstunde<br>Zuschlag<br>Authentifizierung | 01444      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag<br>Videosprechstunde                      | 01450      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Anästhesiologie                              | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut              | <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"/> |

| Inhalt EBM-Nummer   | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiographie  | 01530      |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiographie | 01531      |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL                 | 09316      |                           | <input type="checkbox"/>        | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Laboratoriumsmedizin</b>                                       |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Konsiliarpauschale  | 12210      |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Transfusionsmedizin                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Grundpauschale  | 12220      |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Transfusionsmedizin                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer                                   | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |   | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| <b>Fachinternistische Behandlung</b>                |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| Zusatzpauschale<br>fachinternistische<br>Behandlung | 13250      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie               | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Aufzeichnung eines<br>Langzeit-EKG                  | 13252      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie | <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 Nephrologie                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Pneumologie                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Rheumatologie                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Computerstützte<br>Auswertung eines<br>Langzeit-EKG | 13253      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>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 Nephrologie                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer                              | EBM-Nummer                    | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|-------------------------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
|  |                               |                           |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Langzeit-<br>Blutdruckmessung                  | 13254                         |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                               |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>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 Nephrologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Koloskopie                                     | 13421, 13422,<br>13423, 13424 |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                               |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                               |                           | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zusatzpauschale<br>Kardiologie                 | 13545                         |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Funktionsanalyse<br>Herzschriftmacher          | 13571                         |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Funktionsanalyse<br>Defibrillator/Kardioverter | 13573                         |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Funktionsanalyse CRT                           | 13575                         |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag zu den GOP<br>13571, 13573 und 13575  | 13577                         |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |   | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|--|
|  |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| Zuschlag Intervention,<br>perbronchiale Biopsie,<br>BAL,<br>Bronchoalveoläre<br>Lavage   | 13663      |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Pneumologie                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Nuklearmedizin</b>  |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| 17210, 17310, 17311, 17320, 17321,<br>17330, 17331, 17332, 17333, 17340,<br>17341, 17350, 17351, 17360, 17361,<br>17362, 17363, 17372        |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Pathologie</b>  |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| 19210, 19310, 19312, 19314, 19320,<br>19321, 19401, 19402, 19403, 19404,<br>19410, 19411, 19421, 19424, 19430,<br>19431, 19432, 19433, 19434 |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Pathologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Strahlentherapie</b>  |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| 25211, 25214, 25321, 25324, 25328,<br>25330, 25331, 25333, 25340, 25341,<br>25342, 25343   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Strahlentherapie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| EBM-Nummer   | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |   | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |  |  |
|--|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|--|--|
|  |                           |                                 |   | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |  |  |
| <b>Physikalische Therapie</b>  |                           |                                 |   |                                      |                          |  |  |
| 30400, 30401, 30410, 30411, 30420,<br>30421  |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und<br>Geschlechtskrankheiten                     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten</b>   |                           |                                 |   |                                      |                          |  |  |
| 30700, 30702, 30706, 30708   |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und<br>Geschlechtskrankheiten                     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Anästhesiologie   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Labor-Richtlinie</b>  |                           |                                 |   |                                      |                          |  |  |
| <b>Mikroskopische Untersuchungen</b>   |                           |                                 |   |                                      |                          |  |  |
| 32155, 32156, 32157, 32158, 32159,<br>32160, 32163, 32167, 32168, 32169,<br>32176, 32177, 32178, 32179, 32180,<br>32181, 32187 |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und<br>Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |

| EBM-Nummer   | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |  |  |
|--|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|--|--|
|  |                           |                                 |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |  |  |
| <b>Gerinnungsuntersuchungen</b>  |                           |                                 |  |                                      |                          |  |  |
| 32210, 32212   |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Klinisch-chemische Untersuchungen</b>   |                           |                                 |  |                                      |                          |  |  |
| 32237, 32242, 32244, 32245, 32247, 32248, 32253, 32254, 32265, 32267, 32305, 32206, 32308, 32314, 32315, 32320, 32321, 32323, 32325, 32342, 32353, 32354, 32355, 32356, 32357, 32358, 32367, 32369, 32372, 32373, 32374, 32377, 32379, 32381, 32403, 32404, 32411, 32413, 32414, 32421 |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Immunologische Untersuchungen</b>   |                           |                                 |  |                                      |                          |  |  |
| 32435, 32437, 32439, 32441, 32457, 32459, 32460, 32462, 32463, 32480, 32502, 32508, 32509, 32510, 32520, 32521, 32522, 32523, 32524, 32525, 32526, 32527   |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Blutgruppenserologische Untersuchungen</b>  |                           |                                 |  |                                      |                          |  |  |
| 32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32555, 32556   |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Transfusionsmedizin                                  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |

| EBM-Nummer   | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |  |  |
|--|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|--|--|
|  |                           |                                 |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |  |  |
| <b>Infektionsimmunologische Untersuchungen</b>   |                           |                                 |  |                                      |                          |  |  |
| 32574, 32575, 32584, 32586, 32592, 32594, 32595, 32597, 32601, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32621, 32622, 32623, 32624, 32625, 32626, 32627, 32628, 32629, 32630, 32631, 32660, 32661, 32670 |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Parasitologische Untersuchungen</b>   |                           |                                 |  |                                      |                          |  |  |
| 32680  |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <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"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Bakteriologische Untersuchungen</b>   |                           |                                 |  |                                      |                          |  |  |
| 32700, 32701, 32702, 32704, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32744, 32745, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777                                    |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |  |  |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|  |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| <b>Virologische Untersuchungen</b>   |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| 32780, 32781, 32782, 32784, 32785, 32786, 32787, 32788, 32789, 32790   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Molekularbiologische Untersuchungen</b>   |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| 32800, 32801, 32802, 32803, 32818, 32820, 32825, 32830, 32831, 32832, 32833, 32834, 32835, 32842, 32843, 32844, 32845, 32846, 32850, 32851, 32852, 32853 |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Immungenetische Untersuchung</b>  |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| 32935, 32937, 32939, 32940, 32941, 32942, 32943, 32945, 32946, 32947, 32948, 32949   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Transfusionsmedizin                                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Ultraschall-Vereinbarung</b>  |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Sonographie des Auges  | 33000      |                           | <input type="checkbox"/>        | Augenheilkunde                                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Ultraschall-Biometrie des Auges  | 33001      |                           | <input type="checkbox"/>        | Augenheilkunde                                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer   | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Ultraschall-Pachymetrie des Auges   | 33002      |                           | <input type="checkbox"/>        | Augenheilkunde                                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Nasennebenhöhlen-Sonographie  | 33010      |                           | <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"/> |  |
| Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse) | 33011      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie | <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<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
|   |            |                           |                                 |   | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Sonographie der<br>Gesichtsweichteile<br>und/oder Halsweichteile<br>und/oder<br>Speicheldrüsen<br>(mit Ausnahme der<br>Schilddrüse) | 33011      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Pneumologie                        | <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"/> |
| Schilddrüsen-<br>Sonographie  | 33012      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie       | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie | <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"/> |
| Echokardiographie<br>(M-Mode und B-Mode-<br>Verfahren)  | 33020      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Kardiologie                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Doppler-<br>Echokardiographie<br>(PW-/CW-Doppler)   | 33021      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Kardiologie                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer                                       | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)                   | 33022      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Kardiologie                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| 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 pharmainduzierter Stufenbelastung | 33031      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Kardiologie                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Sonographie der Thoraxorgane                            | 33040      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie               | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie | <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 Nephrologie                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer            | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|------------------------------|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
|                              |            |                           |                                 |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Sonographie der Thoraxorgane | 33040      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Pneumologie                     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Rheumatologie                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Strahlentherapie                                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Abdominelle Sonographie      | 33042      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie       | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Frauenheilkunde und Geburtshilfe                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                              |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie | <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 Nephrologie                     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |                                     | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|  |            |                           |                                 |                                     | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Abdominelle Sonographie  | 33042      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Pneumologie      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Rheumatologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin                      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Strahlentherapie                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Urologie                            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Uro-Genital-Sonographie  | 33043      |                           | <input type="checkbox"/>        | Frauenheilkunde und Geburtshilfe    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Urologie                            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Sonographie der<br>weiblichen Genitalorgane,<br>ggf. einschließlich<br>Harnblase | 33044      |                           | <input type="checkbox"/>        | Frauenheilkunde und Geburtshilfe    | <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<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|------------|---------------------------|---|--|--------------------------------------|--------------------------|
|  |            |                           |   |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Zuschlag<br>Echokardiographie/<br>Sonographie des<br>Abdomens mit<br>Kontrastmitteleinbringung | 33046      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie       |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten                   |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie               |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                 |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                   |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |  | <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 Nephrologie                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie                   |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                                     |  | <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<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|--|
|  |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| Zuschlag<br>Echokardiographie/<br>Sonographie des<br>Abdomens mit<br>Kontrastmitteleinbringung | 33046      |                           | <input type="checkbox"/>        | Strahlentherapie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Urologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Gelenk-Sonographie,<br>Sonographie von Sehnen,<br>Muskeln, Bursae                              | 33050      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Rheumatologie                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| CW-Doppler-Sonographie<br>extrakranieller Gefäße   | 33060      |                           | <input type="checkbox"/>        | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                           | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                      | <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"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer  |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|------------|---------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------|
|  |            |                           |  |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| CW-Doppler-Sonographie<br>extrakranieller Gefäße             | 33060      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Rheumatologie                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| CW-Doppler-Sonographie<br>extremitätenversorgender<br>Gefäße | 33061      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie         |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und<br>Geschlechtskrankheiten                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                 |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                      |  | <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 Nephrologie                          |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie                          |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Rheumatologie                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |   | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|--|
|  |            |                           |                                 |   |                                |                          |  |
| CW-Doppler-Sonographie<br>extremitätenversorgender<br>Gefäße   | 33061      |                           | <input type="checkbox"/>        | Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| CW-Doppler-Sonographie<br>der Gefäße des<br>männlichen<br>Genitalsystems                                 | 33062      |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Urologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| PW-Doppler-Sonographie<br>der intrakraniellen Gefäße<br>PW-Doppler-Sonographie<br>intrakranieller Gefäße | 33063      |                           | <input type="checkbox"/>        | Neurologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| PW-Doppler-Sonographie<br>der Gefäße des<br>männlichen<br>Genitalsystems                                 | 33064      |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Urologie  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Duplex-Sonographie<br>extrakranieller Gefäße   | 33070      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Hämatologie und Onkologie         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und<br>Geschlechtskrankheiten                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                      | <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<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|  |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Duplex-Sonographie extrakranieller Gefäße                        | 33070      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Pneumologie                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Rheumatologie                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Duplex-Sonographie intrakranieller Gefäße                        | 33071      |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Duplex-Sonographie extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße | 33072      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                   | <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 Nephrologie                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Pneumologie                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer  |                          | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)                                |  |  |
|--|------------|---------------------------|--|--------------------------|---|--|--|
|  |            |                           |  |                          |   |  |  |
| Duplex-Sonographie<br>extremitätenver- und/oder<br>entsorgender Gefäße           | 33072      |                           | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | <input type="checkbox"/> Unterlagen<br>beigefügt |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
| Duplex-Sonographie<br>abdomineller<br>retroperitonealer,<br>mediastinaler Gefäße | 33073      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Rheumatologie                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                         |  |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer  |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|------------|---------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------|
|  |            |                           |  |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Duplex-Sonographie<br>abdomineller<br>retroperitonealer,<br>mediastinaler Gefäße | 33073      |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Urologie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Duplex-Sonographie der<br>Gefäße des weiblichen<br>Genitalsystems                | 33074      |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                      |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag Farbduplex  | 33075      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie       |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und<br>Geschlechtskrankheiten                   |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Gastroenterologie               |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                    |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                      |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie |  | <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 Nephrologie                        |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer                    | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |   | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--------------------------------------|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
|                                      |            |                           |                                 |   | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Zuschlag Farbduplex                  | 33075      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Pneumologie                  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Rheumatologie                | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Neurologie                                      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Pathologie                                      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                                      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Urologie  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Sonographie von<br>Extremitätenvenen | 33076      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und<br>Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|                                      |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                              | <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"/> |

| Inhalt EBM-Nummer   | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Sonographie von Extremitätenvenen   | 33076      |                           | <input type="checkbox"/>        | Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | <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"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                   | <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"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Allgemeinchirurgie                                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Augenheilkunde                                       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer                                 | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|---|------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
|   |            |                           |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Sonographie<br>weiterer Organe oder<br>Organteile | 33081      |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie   | <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 Nephrologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Rheumatologie                     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                           | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Neurologie  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Urologie  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer                         | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer   |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|---|------------|---------------------------|---|--|--------------------------------------|--------------------------|
|   |            |                           |   |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Zuschlag<br>transkavitäre<br>Untersuchung | 33090      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie       |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten                   |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie               |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                 |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                   |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                          |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |  | <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 Nephrologie                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie                   |  | <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<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|---|------------|---------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------|
|   |            |                           |  |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Zuschlag<br>transkavitäre<br>Untersuchung | 33090      |                           | <input type="checkbox"/> Neurologie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Urologie  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag für optische<br>Führungshilfe    | 33091      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie<br>und Onkologie         |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und<br>Geschlechtskrankheiten                     |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                 |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                      |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Augenheilkunde  |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                        |  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer                       | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|---|------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
|   |            |                           |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Zuschlag für optische<br>Führungs hilfe | 33091      |                           | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Endokrinologie und Diabetologie   | <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 Nephrologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie                          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Rheumatologie                     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                           | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Neurologie  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und<br>Ästhetische Chirurgie | <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<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|-------------------------------------|------------|---------------------------|---|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|                                     |            |                           |   |  |                                |                          |  |
| Zuschlag für optische Führungshilfe | 33091      |                           | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie                                   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Urologie   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Zuschlag für optische Führungshilfe | 33092      |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie       |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten                   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie               |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                 |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |  | <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 Nephrologie                     |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie                     |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|                                     |            |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie                   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |                               | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|  |            |                           |                                 |                               | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Zuschlag für optische<br>Führungshilfe                     | 33092      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin                | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Strahlentherapie              | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Urologie                      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Muskel- und/oder<br>Nervensonographie                      | 33100      |                           | <input type="checkbox"/>        | Neurologie                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Übersichtsaufnahmen des<br>Schädel                         | 34210      |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Panoramaschichte(n) des<br>Ober- und /oder<br>Unterkiefers | 34211      |                           | <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"/> |

| Inhalt EBM-Nummer  | EBM-Nummer                        | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |                               | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|--|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|
|  |                                   |                           |                                 |                               |                                |                          |  |
| 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"/> |  |
| Aufnahmen des knöchernen Thorax  | 34220                             |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule   | 34221                             |                           | <input type="checkbox"/>        | Neurologie                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |                                   |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule   | 34222                             |                           | <input type="checkbox"/>        | Neurologie                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|  |                                   |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Diagnostische Radiologie, Röntgenaufnahme</b>   |                                   |                           |                                 |                               |                                |                          |  |
| 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34260, 34282 |                                   |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Serienangiographie, Zuschläge  | 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummer   | EBM-Nummer          | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |                                | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|---------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
| Angiokardiographie  | 34290               |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie  | 34291               |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Zuschlag Intervention   | 34292               |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Phlebologie   | 34294, 34295, 34296 |                           | <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"/> |  |
| <b>Kernspintomographie-Vereinbarung</b>   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
| 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452                      |                     |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Bestrahlungsplanung MRT   | 34460               |                           | <input type="checkbox"/>        | Strahlentherapie               | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |
|   |                     |                           |                                 |                                |                                |                          |  |

| Inhalt EBM-Nummer   | EBM-Nummer   | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer   |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|--------------|---------------------------|---|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |              |                           |   |  |                                |                          |  |
| <b>MRT-Angiographie</b>   |              |                           |   |  |                                |                          |  |
| 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492  |              |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent                              | 34501        |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie               |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |              |                           | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                 |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |              |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Osteodensitometrische Untersuchung I und II   | 34600, 34601 |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |              |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie                   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |              |                           | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                                     |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |              |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie   |  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>PET/PET-CT</b>   |              |                           |   |  |                                |                          |  |
| F-18-Fluordesoxyglukose-PET des Körperstammes<br>–<br>F-18-Fluordesoxyglukose-PET des Körperstammes | 34700        |                           | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                                     |  | <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<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |                |                                |                          |  |
| F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes – F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes  | 34701      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes – F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes   | 34702      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes – F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes  | 34703      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern- und Jugendlichen – F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern- und Jugendlichen | 34704      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Inhalt EBM-Nummern  | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |                | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |                |                                |                          |  |
| F-18-Fluorodesoxyglukose-PET<br>von Teilen des Körperstammes<br>–<br>F-18-Fluorodesoxyglukose-PET<br>von Teilen des Körperstammes   | 34705      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| F-18-Fluorodesoxyglukose-PET<br>von Teilen des Körperstammes<br>–<br>F-18-Fluorodesoxyglukose-<br>PET/CT von Teilen des<br>Körperstammes  | 34706      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Radiologie     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| F-18-Fluorodesoxyglukose-PET<br>des Körperstammes bei<br>Hodgkin-Lymphom und bei<br>malignen Lymphomen bei<br>Kindern- und Jugendlichen<br>–<br>F-18-Fluorodesoxyglukose-PET<br>des Körperstammes bei<br>Hodgkin-Lymphom und bei<br>malignen Lymphomen bei<br>Kindern- und Jugendlichen | 34707      |                           | <input type="checkbox"/>        | Nuklearmedizin | <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<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
|  |            |                           |                                 |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände | 35100      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Ärztlicher Psychotherapeut                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychologischer Psychotherapeut              | <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"/> |
| Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen         | 35110      |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Ärztlicher Psychotherapeut                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychologischer Psychotherapeut              | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer   | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer |  | Nachweise<br>(bitte ankreuzen) |                          |  |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|--|
|   |            |                           |                                 |  |                                |                          |  |
| Verbale Intervention<br>bei<br>psychosomatischen<br>Krankheitszuständen | 35110      |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychiatrie und Psychotherapie                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychosomatische Medizin und<br>Psychotherapie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Übende Verfahren,<br>Einzelbehandlung                                   | 35111      |                           | <input type="checkbox"/>        | Ärztlicher Psychotherapeut                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychologischer Psychotherapeut                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychiatrie und Psychotherapie                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychosomatische Medizin und<br>Psychotherapie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
| Übende Verfahren,<br>Gruppenbehandlung                                  | 35112      |                           | <input type="checkbox"/>        | Ärztlicher Psychotherapeut                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychologischer Psychotherapeut                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychiatrie und Psychotherapie                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |
|   |            |                           | <input type="checkbox"/>        | Psychosomatische Medizin und<br>Psychotherapie | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  |

| Abschnitt 2  | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer                                       | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)       |                          |
|--|---------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
|  |                           |   | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| <b>Bezeichnung der Leistung</b>  |                           |   |                                      |                          |
| PET/PET-CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei Lymphomen und akuten Leukämie mit extramedulärem Befall nach allogener Stammzelltransplantation zur Überprüfung des Behandlungserfolges und bei Rezidivverdacht nicht zur regelmäßigen Verlaufskontrolle   |                           | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/> Radiologie                                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86510 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte)) |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

| Abschnitt 2  | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | Nachweise<br>(bitte ankreuzen)               |                                      |                          |
|--|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
|  |                           |                                 |  | Genehmigung<br>durch KVSA<br>erteilt | Unterlagen<br>beigefügt  |
| Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankung der Blutbildung unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte)) |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zusätzlicher Aufwand für die intracavitätär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthерапie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))   |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthерапie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))  |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Haut- und Geschlechtskrankheiten             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
|  |                           | <input type="checkbox"/>        | Innere Medizin und Gastroenterologie         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |