

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

Geschäftsstelle:
Tel.-Nr.: 0391 627-6449/7449
Fax: 0391 627-8436
E-Mail: ela@kvsa.de

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

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

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 7:
Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
in der Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 22. November 2024, in Kraft getreten am 07. Februar 2025

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

- C 47.- Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
- C 70.- Bösartige Neubildung der Meningen
- C 71.- Bösartige Neubildung des Gehirns
- C 72.- Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
- C 75.1 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Hypophyse
- C 75.2 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Ductus craniopharyngealis
- C 75.3 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Epiphyse (Glandula pinealis) (Zirbeldrüse)
- C 75.4 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus caroticum
- C 75.5 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
- C 75.8 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
- C 80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Primäre ZNS-Lymphome

- C 83.3 Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom
- D 32.- Gutartige Neubildung der Meningen
- D 33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
- D 35.2 Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen: Hypophyse
- D 42.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen
- D 43.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems
- D 44.4 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis

Allgemeine Hinweise:

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

1.) Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorguppe 7:

Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV - Richtlinie, 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
- einen Facharzt für Neurologie
- einen Facharzt für Neurochirurgie **oder**
- einen Facharzt für Strahlentherapie.

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

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

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise erbracht im Arztregister der KVSA eingetragen	
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei endokrinen Tumoren zusätzlich auch:					
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen bis zum 31.12.2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise im Arztregister der KVSA eingetragen	
				erbracht	
Hinzuzuziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik, nur im Zusammenhang mit unter der Konkretisierung genannten Paraganglion-Syndromen mit Beteiligung nervaler Strukturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise erbracht im Arztregister der KVSA eingetragen	
Zusätzlich kann folgender Facharzt benannt:					
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich kann folgender Facharzt benannt:					
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

1d) Kooperation

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

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

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

Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

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

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

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	<input type="checkbox"/>

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).	<input type="checkbox"/>

2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)			
Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise in Kopie sind beigelegt
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen (Feststellungsbescheid, § 108 SGB V).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			

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

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

4b) Organisatorische Anforderungen 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"/>
<p>Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurologie - Neurochirurgie <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.</p> <p>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).</p> <p>Eine schriftliche Erklärung zur Organisation der Notfallversorgung ist beizufügen.</p>	<input type="checkbox"/>
Die mit der Betreuung beauftragten Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation oder seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zertifizierte Zusatzaus- bzw. -weiterbildung zur onkologischen Pflege (Nachweise in Kopie beifügen). Soweit keine entsprechende Qualifikation besteht, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen (etwa durch Bescheinigung einer langjährigen entsprechenden Tätigkeit).	<input type="checkbox"/>
Jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) wird zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die <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"/>
Den 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 erfolgt 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 immundefiziente 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 Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe (Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechselungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten wird vorgehalten (Beschreibung beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen steht zur Verfügung (Nachweis beifügen, Benennung der/des Labore/s).	<input type="checkbox"/>
Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten werden bereitgehalten (Nachweis beifügen).	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 S. 3 ASLV-RL) (Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Stationäre Notfalloperationen sind möglich.	<input type="checkbox"/>
Den Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ 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"/>

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

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

6a) Mindestmengen

In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 50 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.



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

6b) Mindestmengen

In den letzten 12 Monaten hat mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal sichergestellt. Darunter waren 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt wurden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung.



oder

In den letzten 12 Monaten hat mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal sichergestellt. Darunter waren 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt wurden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.



oder

In den letzten 12 Monaten konnten die angegebenen arztbezogenen Mindestmengen (50, 120/70/15 bzw. 80/60/10) nicht erreicht werden. Es wurden jedoch mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patienten behandelt. Entsprechende Nachweise lt. Anlage 2 sind beigefügt. Es ist sichergestellt, dass die erforderlichen Mindestmengen im 2. Jahr der ASV-Berechtigung erreicht werden.



Mir ist bekannt, dass

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

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der Erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven in der jeweils gültigen Fassung richten.
- 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 erfolgt 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 Facharztbescheides bestätigen zu lassen.

Zustellungsvollmacht

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

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

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

Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Videosprechstunde						
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<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"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiographie	01520		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie	01521		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiographie	01530		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiographie	01531		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humangenetik						
11230, 11233, 11234, 11235, 11301, 11302, 11303, 11511, 11512, 11513, 11518		<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoriumsmedizin						
12210, 12222, 12223, 12224		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fachinternistische Behandlung						
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13252	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Computerstützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13253		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Angiologie	13300		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Kardiologie	13545		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin						
17210, 17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie						
19210, 19310, 19312, 19314, 19320, 19321, 19330, 19332, 19401, 19402, 19403, 19404, 19410, 19411, 19421, 19424, 19430, 19431, 19432, 19433, 19435, 19439, 19451, 19452			<input type="checkbox"/>	Neuropathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie						
24211, 24212			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Strahlentherapie					
25210, 25211, 25214, 25316, 25317, 25321, 25324, 25328, 25333, 25340, 25341, 25342, 25343		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurophysiologische Übungsbehandlung					
30300, 30301		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie					
30400, 30410, 30411, 30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30401		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
30401		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie					
30700, 30702, 30706		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor-Richtlinie					
Mikroskopische Untersuchungen					
32155, 32156, 32157, 32158, 32159, 32160, 32161, 32163, 32164, 32165, 32167, 32168, 32169, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32187		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Klinisch-chemische Untersuchungen					
32232, 32233, 32237, 32242, 32244, 32247, 32248, 32300, 32305, 32308, 32320, 32321, 32324, 32325, 32341, 32342, 32344, 32350, 32352, 32353, 32354, 32355, 32356, 32358, 32360, 32367, 32369, 32370, 32371, 32372, 32373, 32387, 32395, 32396, 32400, 32403, 32404, 32412, 32413, 32414, 32415		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologische Untersuchungen					
32435, 32437, 32439, 32441, 32446, 32447, 32448, 32449, 32459, 32460, 32463, 32465, 32478, 32502, 32508, 32510, 32520, 32521, 32522, 32523, 32524, 32525, 32526, 32527		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppenserologische Untersuchungen					
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32556		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionsimmunologische Untersuchungen					
32575, 32592, 32601, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32621, 32628, 32629, 32630, 32631, 32632, 32660, 32661, 32670, 32572, 32573, 32584		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Mykologische Untersuchungen					
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteriologische Untersuchungen					
32700, 32701, 32702, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32745, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virologische Untersuchungen					
32781, 32782, 32784, 32785, 32788, 32789		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekularbiologische Untersuchungen					
32800, 32801, 32802, 32803, 32818, 32820, 32825, 32830, 32831, 32834, 32835, 32837, 32845, 32846, 32847, 32850, 32851, 32853		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekulargenetische Untersuchungen					
32867		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Ultraschalldiagnostik						
Nasennebenhöhlen- Sonographie	33010		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Schilddrüsen-Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 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"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<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"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<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"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie intrakranieller Gefäße	33063		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie extrakranieller Gefäße	33070		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie extrakranieller Gefäße	33070		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie intrakranieller Gefäße	33071		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<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"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<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"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- und/oder Nervensonographie	33100		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie, Röntgen						
34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
34260, 34280			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34283, 34284, 34285, 34286, 34287			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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 (PTCA, Stent)	34292		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphographie	34293		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34294, 34295, 34296			<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
34294, 34295, 34296			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	34298		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computertomographie						
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"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gestützte Bestrahlungsplanung	34360		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie-Vereinbarung						
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlungsplanung-MRT	34460		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
MRT-Angiographie						
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen						
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gesteuerte- schmerztherapeutische Intervention(en)	34504		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CT-gesteuerte Intervention(en)	34505		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatik						
35100, 35110		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
35100, 35110			<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"/>
Übende Verfahren, 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 Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Verfahren, 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 Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 2	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)			
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt		
Bezeichnung der Leistung						
PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, z.B. O-(2-(18F) Fluoroethyl) -L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren, insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT: <ul style="list-style-type: none"> - zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe und - zur Sicherung eines Tumorrezidivs 		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PET bzw. PET/CT mit F-18 Fluorodesoxyglukose <ul style="list-style-type: none"> - bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv - bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, ggf. auch MRT) primär zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach Ausschluss extrakranieller Lymphorrherde 		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PET bzw. PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie z.B. 68 Ga-DOTATOC oder 68 Ga-DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie		<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 2	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven 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"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie 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"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt 2	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie 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"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 2

Nachweis von Mindestmengen

Onkologische Erkrankungen

Tumorgruppe 7: Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 7 Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 50 Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

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

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

- Mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung), darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

oder

- Mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung), darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (50, 120/70/15 bzw. 80/60/10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten heranzuziehen.

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

Nachweis der erforderlichen Mindestmengen im Vorjahr der ASV-Berechtigung

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

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

und/oder

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

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

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

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

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