

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 9:
Tumoren des Auges 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:

- C43.1 Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus
- C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
- C44.8 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
- C44.1 Bösartige Neubildung der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus
- C49.0 Bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebes des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
Bindegewebe: Augenlid, Ohr
- C.69.- Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
- C72.3 Bösartige Neubildung des Nervus opticus (II. Hirnnerv)
- C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms:
Primäres Bindehaut-Lymphom
- D03.1 Melanoma in situ des Augenlides, einschließlich Kanthus
- D04.1 Carcinoma in situ der Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

1.) Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorguppe 9:

Tumoren der Augen 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 Augenheilkunde übernommen werden.

| Funktion | Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses | Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung | Nachweise im Arztregister der KVSA eingetragen | |
|---------------------------|--|--|--|---|--------------------------|
| | | | | erbracht | |
| Teamleitung | | | Facharzt für Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Teamleitung | | | Facharzt für Augenheilkunde | <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 Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Teammitglied | | | Facharzt für Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| und | | | | | |
| Teammitglied | | | Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Teammitglied | | | Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| und | | | | | |
| 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"/> |
| und | | | | | |
| Teammitglied | | | Facharzt für Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Teammitglied | | | Facharzt für Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis:

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärzte im Fachgebiet 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.

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.

| 1c.) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten | | | | | |
|---|--|--|---|--|--------------------------|
| Funktion | Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses | Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung | Nachweise erbracht im Arztregister der KVSA eingetragen | |
| Hinzuzuziehende/r | | | Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Hinzuzuziehende/r | | | Anästhesiologie | <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"/> |
| Hinzuzuziehende/r | | | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Hinzuzuziehende/r | | | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r | | | Pathologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Hinzuzuziehende/r | | | Pathologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r | | | Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Hinzuzuziehende/r | | | Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 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 | | | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Hinzuzuziehende/r | | | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Folgende Fachärzte sind einzeln oder gemeinsam zu benennen: | | | | | |
| Hinzuzuziehende/r | | | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Hinzuzuziehende/r | | | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehende/r | | | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung Hinzuzuziehende/r | | | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung 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. <u>Nachweise beifügen:</u> 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 beigefügt |
| 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: | | | |
| Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten | namentliche Benennung: | | <input type="checkbox"/> |
| Ocularist | namentliche Benennung: | | <input type="checkbox"/> |
| Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologischer Pflege) | namentliche Benennung: | | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung | namentliche Benennung: | | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtungen der stationären Palliativversorgung | 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"> - Augenheilkunde - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten <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"/> |
| <p>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).</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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.</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Den Patienten wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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).</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Für immundefiziente Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung (Nachweis in Form von Beschreibung, ggf. Fotos, beifügen).</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe (Nachweise beifügen).</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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).</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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).</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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).</p> | <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 erbringenden 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 10 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigelegt.



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 beigelegt.

**oder**

In den letzten 12 Monaten konnten die angegebenen arztbezogenen Mindestmengen (10, 120/70/30 bzw. 80/60/20) nicht erreicht werden. Es wurden jedoch mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patienten behandelt. Entsprechende Nachweise lt. Anlage 2 sind beigelegt. 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 das eigene 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 Teilhabeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilhabeberechtigung 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 9: Tumoren des Auges bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges 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 Facharztbescheinigung 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 |
| Zuschlag Authentifizierung | 01444 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <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"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapie | <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"/> |

| Inhalt EBM-Nummer | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | | Nachweise (bitte ankreuzen) | |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Zuschlag Videosprechstunde | 01450 | | <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 Angiografie | 01530 | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie | 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"/> |
| Laboratoriumsmedizin | | | | | | |
| 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"/> |
| Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer | 13252 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | | Nachweise (bitte ankreuzen) | |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer | 13253 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zusatzpauschale Kardiologie | 13545 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nuklearmedizin | | | | | | |
| 17210, 17310, 17311, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372 | | | <input type="checkbox"/> | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pathologie | | | | | | |
| 19210, 19314, 19330, 19332, 19401, 19402, 19403, 19404, 19410, 19411, 19421, 19424, 19430, 19433, 19439, 19451, 19452, 19453 | | | <input type="checkbox"/> | Pathologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19310, 19312, 19320 | | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Pathologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strahlentherapie | | | | | | |
| 25211, 25214, 25321, 25324, 25328, 25330, 25331, 25333, 25340, 25341, 25342, 25343 | | | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | | Nachweise (bitte ankreuzen) | |
|---|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Physikalische Therapie | | | | | |
| 30410, 30411, 30420, 30421 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerztherapie | | | | | |
| 30700, 30702, 30706, 30708 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <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, 32176, 32177, 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, 32237, 32242, 32247, 32248, 32305, 32308, 32314, 32320, 32321, 32325, 32344, 32353, 32354, 32355, 32356, 32358, 32367, 32372, 32373, 32376, 32385, 32386, 32403, 32404, 32405, 32410, 32411, 32412, 32413, 32414 | | <input type="checkbox"/> | Laboratoriumsmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immunologische Untersuchungen | | | | | |
| 32435, 32437, 32439, 32441, 32446, 32447, 32459, 32460, 32462, 32463, 32478, 32510, 32520, 32521, 32522, 32523, 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, 32589, 32595, 32600, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32621, 32629, 32630, 32660, 32661, 32670 | | <input type="checkbox"/> | Laboratoriumsmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mykologische Untersuchungen | | | | | |
| 32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692 | | <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 |
| Bakteriologische Untersuchungen | | | | | |
| 32700, 32704, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 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, 32786, 32787, 32788, 32789, | | <input type="checkbox"/> | Laboratoriumsmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Molekularbiologische Untersuchungen | | | | | |
| 32800, 32801, 32802, 32809, 32825, 32830, 32831, 32835, 32844, 32850, 32851, 32853, 32867 | | <input type="checkbox"/> | Laboratoriumsmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine immungenetische Untersuchungen | | | | | |
| 32935 | | <input type="checkbox"/> | Laboratoriumsmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall-Vereinbarung | | | | | |
| Sonographie des Auges | 33000 | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall-Biometrie des Auges | 33001 | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall- Pachymetrie der Hornhaut eines Auges | 33002 | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | | Nachweise (bitte ankreuzen) | |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| 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 | 33011 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <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"/> |
| Echokardiographie (M-Mode- und B- Mode-Verfahren) | 33020 | | <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 |
| Doppler- Echokardiographie (PW-/CW-Doppler) | 33021 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duplex- Echokardiographie (Farbduplex) | 33022 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | Strahlentherapie | <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"/> |
| Abdominelle Sonographie | 33042 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <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"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmittel- einbringung | 33046 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CW-Doppler- Sonographie extrakranieller Gefäße | 33060 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <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 extrakranieller Gefäße | 33060 | | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CW-Doppler- Sonographie extremitätenver- sorgender Gefäße | 33061 | | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Radiologie | <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"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie | <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 (bitte ankreuzen) | |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| 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"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße | 33073 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <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 und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <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 (bitte ankreuzen) | |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Sonographie von Extremitätenvenen | 33076 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten | 33080 | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | 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 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"/> | 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 (bitte ankreuzen) | |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Zuschlag transkavitäre 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"/> | Strahlentherapie | <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 für optische Führungshilfe | 33091 | | <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"/> | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Kardiologie | <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 (bitte ankreuzen) | |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Zuschlag für optische Führungshilfe | 33092 | | <input type="checkbox"/> | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapie | <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"/> |
| Übersichtsaufnahmen des Schädels | 34210 | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und /oder Unterkiefers | 34211 | | <input type="checkbox"/> | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnostische Radiologie, Röntgenaufnahme | | | | | | |
| 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"/> |

| Inhalt EBM-Nummer | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | | Nachweise (bitte ankreuzen) | |
|---|------------|---------------------------|---------------------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| 34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34260, 34280, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34294, 34295 | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Computertomographie | | | | | | |
| 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345 | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <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, 34452 | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestrahlungsplanung- MRT | 34460 | | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRT-Angiographie | | | | | | |
| 34470, 34475, 34486, 34492 | | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen | | | | | | |
| CT-gesteuerte Intervention(en) | 34505 | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummer | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | Nachweise (bitte ankreuzen) | |
|--|------------|---------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Psychosomatik | | | | | |
| Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände | 35100 | | <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | <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"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Inhalt EBM-Nummern | EBM-Nummer | Leistungserbringer (Name) | Fachrichtung Leistungserbringer | | Nachweise (bitte ankreuzen) | |
|--|------------|---------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | | | Genehmigung durch KVSA erteilt | Unterlagen beigefügt |
| Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen | 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; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei malignen Tumoren des Auges bzw. der Augenanhangsgebilde nach konventioneller Diagnostik (z.B. Ultraschall des Abdomens, CT, MRT oder Skelettszintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik | | <input type="checkbox"/> | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Merkel-Zell-Karzinom des Auges bzw. der Augenangangsgebilde vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit | | <input type="checkbox"/> | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Radiologie | <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 Auges 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"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <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"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <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"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anlage 2 **Nachweis von Mindestmengen**

Onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tumoren des Auges

Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 9 Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 10 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 (10, 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) |
|-----------------|---|---------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |