

**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 2:
Gynäkologische Tumore 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**

Es ist beabsichtigt, folgende Patientengruppen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu behandeln:

- Patienten mit Mammakarzinom**
- und/oder
- Patienten mit sonstigen gynäkologischen Tumoren.**

Allgemeine Hinweise:

- 1) Je nach Patientengruppe variieren die Anforderungen. Sofern sich Abweichungen ergeben, sind diese bei der entsprechenden Anforderung gekennzeichnet.
- 2) Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sachlichen Anforderungen kooperieren, haben nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzugeben.
- 3) 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“.
- 4) Vertreter dürfen nur im Falle der Abwesenheit des Vertretenen in ihrer Funktion als Vertreter tätig werden, § 3 Abs. 4 der ASV-RL.
Bitte benennen Sie die Vertreter, sofern sie bereits bekannt sind.

Zur Gruppe der Patienten mit Gynäkologischen Tumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Zur Gruppe der Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

Mammakarzinom:

- C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
- C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
- C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus acicularis der Brustdrüse
- C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
- C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
- D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

Sonstige gynäkologische Tumore:

- C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichtalgewebe des Beckens
- C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichtalgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
- C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
- C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
- C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
- C52 Bösartige Neubildung der Vagina
- C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix
- C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix
- C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
- C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
- C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium
- C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium
- C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri

C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina (Fallopio)
C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
C57.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
C57.8	Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation: Becken
C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisation, mehrere Teilbereiche überlappend
C80.0	Bösartige Neubildung: primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

1.) Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

1a) Angaben zur Teamleitung

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

- einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie **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 Arztregrister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleitung			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teamleitung			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			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	Nachweis erbracht	Im Arztreregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt im Fachgebiet Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt im Fachgebiet Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für 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/Onkologie sowie Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthерапie, 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.

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthерапie, die folgende operativen Eingriffe nachweisen:

1. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen im Genitale, z.B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vilvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration
2. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma.
3. 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen.

Der Nachweis nach 1. ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 (Patienten mit Mammakarzinom) behandeln. Der Nachweis nach 2. ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 (Patienten mit sonstigen gynäkologischen Tumoren) behandeln.

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 Arztreregister der KVSA eingetragen
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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"/>

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

Sofern ausschließlich die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom angestrebt wird, ist die Benennung der mit * gekennzeichneten Fachgebiete nicht erforderlich.

Folgender Facharzt des interdisziplinären Teams verfügt über die Zusatz-Weiterbildung **Palliativmedizin**:

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. 1.2 ASL-RL). Weitere Voraussetzungen 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 im 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. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie		
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 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"/>
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 dafür 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 onkologische Pflege)	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung).	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung*	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>

* Nicht erforderlich, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.

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 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie <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). Eine schriftliche Erklärung zur Organisation der Notfallversorgung ist beizufügen.</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).	<input type="checkbox"/>
Jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) wird zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die <u>alle</u> an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
Dem Patienten wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.	<input type="checkbox"/>
Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.	<input type="checkbox"/>
Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen, auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen, steht zur Verfügung (Nachweis über die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze und Regelungen für Wochenenden/Feiertage).	<input type="checkbox"/>
Für immundifizierte Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und –Räumlichkeiten zur Verfügung (Nachweis in Form von Beschreibung, ggf. Fotos, beifügen).	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe (Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechselungen von Zytostatikalösungen 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 (Nachweise 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 ASV-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"/>
Es müssen bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse* folgende Voraussetzungen erfüllt sein: <ul style="list-style-type: none"> – die Empfehlungen zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen, – die Patienten sind über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären, – eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patienten ist ausgeschlossen. <input type="checkbox"/>
*Diese Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.

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, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren. <input type="checkbox"/>	
Die Information des Patienten nach § 15 S. 2 ASV-RL wird dokumentiert. <input type="checkbox"/>	

5.) Tätigkeitsort der spezialfachärztlichen Leistungen			
Angabe der Adresse des Tätigkeitsortes in Druckbuchstaben:			
Das Team bietet die Leistungen zu folgenden Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) gemeinsam am oben angegebenen Ort:			
Montag	von:	Uhr	bis: Uhr
Dienstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Mittwoch	von:	Uhr	bis: Uhr
Donnerstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Freitag	von:	Uhr	bis: Uhr
Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten genommenen Untersuchungsmaterials. Der Ort der Leistungserbringung liegt dennoch für direkt am Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung 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	Nachweise beigefügt
<p>Für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom: In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 250 Patienten der unter „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Diese Mindestmenge gilt nicht, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>und/oder</p> <p>Für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren: In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 60 Patienten der unter „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Diese Mindestmenge gilt nicht, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.</p>	<input type="checkbox"/>

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

6b) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
<p>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 Tumorthерапie behandelt wurden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>oder</p> <p>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.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>oder</p> <p>In den letzten 12 Monaten konnten die angegebenen arztbezogenen Mindestmengen (250, 60, 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.</p>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss besteht,
 - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
 - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
 - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
 - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenen Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
 - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116 b 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 beigefügt, 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"/>
- Nachweise 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 2: gynäkologische Tumoren bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren in der jeweils gültigen Fassung richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung erfolgen nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der Erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die KVSA weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen Facharztes bestätigen zu lassen.

Zustellungsvollmacht

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

Ort, Datum	Teamleiter* (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"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/> Anästhesiologie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Vereinbarung						
Mammastanzbiopsie	08320*		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung	08341**		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.

** Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Humangenetik					
01841, 11230, 11233, 11234, 11235, 11301, 11302, 11431, 11432, 11440, 11518, 11601			<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumsmedizin					
12223, 12224			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internistische Gebührenordnungspositionen					
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (Langzeit-EKG)	13250		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung und Auswertung eines Langzeit-EKG	13252 13253		<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"/>
Zusatzpauschale Angiologie (Sonographie)	13300		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koloskopie	13421**, 13422**, 13423**, 13424**		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
** Diese GOP's gehören nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.					

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beifügen
Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie	13430**, 13431**		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					
Zuschlag Kardiologie I	13545		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin					
17210, 17310, 17311, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie					
Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	19327		<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19328			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19210, 19310, 19312, 19314, 19319, 19320, 19321, 19322, 19330, 19331, 19332, 19401, 19402, 19403, 19404, 19410, 19411, 19421, 19424, 19426, 19450*, 19452, 19453, 19456, 19463, 19464, 19466, 19467			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Strahlentherapie				
25310, 25321, 25324, 25328, 25330**, 25331**, 25332**, 25333, 25340, 25341, 25342, 25343, 25345		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
** Diese GOP's gehören nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.				
Physikalische Therapie				
30400, 30401, 30410, 30411, 30420, 30421		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie				
30700, 30702, 30704, 30706, 30708		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroskopische Untersuchungen, Funktionsuntersuchungen, Gerinnungsuntersuchungen				
32155, 32163, 32164, 32167, 32168, 32169, 32172, 32175, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32185, 32186, 32187, 32196, 32197, 32205, 32206, 32210, 32211, 32212, 32213, 32214, 32215, 32216, 32217, 32218, 32219, 32220, 32221, 32222, 32223, 32224, 32228		<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, 32244, 32245, 32247, 32248, 32254, 32305, 32306, 32314, 32315, 32320, 32321, 32323, 32324, 32325, 32336, 32340, 32341, 32342, 32343, 32344, 32345, 32350, 32352, 32353, 32354, 32355, 32356, 32357, 32358, 32360, 32367, 32368, 32372, 32373, 32385, 32386, 32387, 32390**, 32391*, 32394**, 32395, 32396, 32402, 32404, 32412, 32413, 32421		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.				
** Diese GOP's gehören nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.				
Immunologische Untersuchungen				
32435, 32437, 32439, 32441, 32450, 32457, 32459, 32460, 32462, 32463, 32474, 32503, 32505		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppenserologische Untersuchungen				
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32555, 32556		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionsimmunologische Untersuchungen				
32565, 32566, 32567, 32568, 32575, 32584, 32589, 32591, 32592, 32600, 32602, 32603, 32604, 32605, 32606, 32607, 32608, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32619, 32620, 32621, 32628, 32631, 32632, 32660, 32661, 32670		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummern	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, 32704, 32705, 32706, 32707, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32740, 32741, 32742, 32743, 32744, 32745, 32746, 32747, 32749, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32768, 32769, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Virologische Untersuchungen				
32780, 32781, 32782, 32784, 32785, 32786, 32788, 32790		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Molekularbiologische Untersuchungen				
32800, 32801, 32818, 32820, 32823, 32827, 32831, 32834, 32835, 32837, 32839, 32842, 32844, 32845, 32846, 32847, 32850, 32851, 32853		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Molekulargenetische Untersuchung				
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					
Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/> 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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsensonographie	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"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Schilddrüsensonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<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 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"/>
Doppler-Echokardiographie (PW-/CW-Doppler)	33021		<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"/>
Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<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"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag TEE	33023		<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"/>
Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	33030		<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"/>
Echokardiographie mit pharmainduzierter Stufenbelastung	33031		<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"/>
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma-Sonographie	33041*		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/>

* Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uro-Genital-Sonographie	33043**		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Uro-Genital-Sonographie	33043**		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
** Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.						
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	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"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Senen, Muskeln, Bursae	33050		<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"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler- Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der Intrakraniellen Gefäße	33071		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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 Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	33074		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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 Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<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"/>
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/>	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 weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitative Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<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"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/> 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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<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"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologie, Röntgen							
34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34234, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausscheidungsurographie	34255		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urethrozystographie oder Refluxzystogramm	34256**		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
** Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.							

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Retrograde Pyelographie	34257		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln	34260		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie und Zuschlag	34270*, 34271*		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik)	34272*		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenuntersuchung eines Mamma-Präparates	34273*		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie		<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
Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270	34274*		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	34275*		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Diese GOP's gehören nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.						
Durchleuchtung(en)	34280		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fremdkörper	34281		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtaufnahmen	34282		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)		
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Lymphographie	34293		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phlebologie	34294		<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"/>	
Zuschlag computergestützte Analyse	34295		<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"/>	
Phlebologie des Brust- und/oder Bauchraumes	34296		<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"/>	
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"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)		
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
CT-gestützte Bestrahlungsplanung	34360		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kernspintomographie-Vereinbarung							
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestrahlungsplanung MRT	34460		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MRT-Angiographie							
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interventionelle Maßnahmen							
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<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"/>	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
CT-gesteuerte Intervention(en)	34505		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrie, Osteodensitometrische Untersuchung I, II	34600 34601		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		<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"/>
Psychosomatik						
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie		<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 Angiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<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 Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Abschnitt 2	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
			<input type="checkbox"/> Genehmigung durch KVSA erteilt	<input type="checkbox"/> Unterlagen beigelegt	
Bezeichnung der Leistung					
<p>PET/PET-CT</p> <p>Bei Patienten mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder V.a. Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen bzw. einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (b. V.a. Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.</p> <p>88500</p>		<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 gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung, Anlage 7 BMV-Ä)		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>
Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung, Anlage 7 BMV-Ärzte)		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>

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 Tumorthерапie 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"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>

Abschnitt 2	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung, Anlage 7 BMV-Ä)		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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"/>
MRT-Untersuchung der Mamma bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz <ul style="list-style-type: none"> • bei hoher Dichte des Drüsenkörpers und/oder bei eingeschränkter Beurteilbarkeit der Befunde in Mammographie und Ultraschall, wenn eine Biopsie (z.B. wegen ausgeprägter Vernarbungen, multipler Befunde oder extremer Lokalisation) problematisch ist • bei invasiv lobulärem Karzinom um die Invasivität und Ausdehnung einer erforderlichen Operation zu planen 88523		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 2 Nachweis von Mindestmengen

Onkologische Erkrankungen –
Tumorgruppe 2: Diagnostik und Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren

1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2 Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom mindestens 250 Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Code C50 mit gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren mindestens 60 Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Codes C51 bis C58 mit gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden zwölf Monaten 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 wurden.

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

Mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung), darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 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 (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 im ersten Jahr der ASV-Berechtigung um höchstens 50% unterschritten werden und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden.

Nachweis der erforderlichen Mindestmengen innerhalb des letzten Jahres

Wir bitten Sie um die nachstehenden Angaben zum Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen innerhalb des letzten Jahres. 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 Voraussetzungen hinsichtlich der erforderlichen Mindestmengen sind durch einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfüllt. Dies ergibt sich aus anliegender Aufstellung.
--------------------------	---

oder

<input type="checkbox"/>	Die Voraussetzungen hinsichtlich der erforderlichen Mindestmengen sind durch einen anderen Facharzt des Kernteams erfüllt. Dies ergibt sich aus anliegender Aufstellung.
--------------------------	--

Patientennummer	Diagnose (ICD-Code 4- bzw. 5-stellig und Klartext)	Behandlungszeitraum	behandelt von: (Name des Teammitglieds)	davon: mit medikamentöser Tumortherapie (bitte kennzeichnen)	davon: mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (bitte kennzeichnen)

Patientennummer	Diagnose (ICD-Code 4- bzw. 5-stellig und Klartext)	Behandlungszeitraum	behandelt von: (Name des Teammitglieds)	davon: mit medikamentöser Tumortherapie (bitte kennzeichnen)	davon: mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (bitte kennzeichnen)

Patientennummer	Diagnose (ICD-Code 4- bzw. 5-stellig und Klartext)	Behandlungszeitraum	behandelt von: (Name des Teammitglieds)	davon: mit medikamentöser Tumortherapie (bitte kennzeichnen)	davon: mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (bitte kennzeichnen)

Patientennummer	Diagnose (ICD-Code 4- bzw. 5-stellig und Klartext)	Behandlungszeitraum	behandelt von: (Name des Teammitglieds)	davon: mit medikamentöser Tumortherapie (bitte kennzeichnen)	davon: mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (bitte kennzeichnen)