

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

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

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

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

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

**Diagnostik und Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 8:**  
**Knochen- und Weichteiltumoren**  
**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.12.2022**

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

- C 40.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
- C 41.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
- C 45.7 Mesotheliom sonstiger Lokalisation
- C 47.1 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter
- C 47.2 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
- C 47.3 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Thorax
- C 47.4 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Abdomens
- C 47.5 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Beckens
- C 47.6 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
- C 47.8 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
- C 49.1 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe oder oberen Extremität, einschließlich Schulter

- C 49.2 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
- C 49.3 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
- C 49.4 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
- C 49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
- C 49.6 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
- C 49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C 76.3 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- C 76.4 Bösartige Neubildung sonstige und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität
- C 76.5 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
- C 80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Desmoidtumore kodiert mit:

- D 48.1 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten an Bindegewebe und anderen Weichteilgeweben
- D 48.2 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem
- D 48.3 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten am Retroperitoneum
- D 48.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten am Peritoneum

Darüber hinaus können Patienten mit bösartiger Neubildung des Bindegewebes oder anderer Weichteile, unterschiedlicher Lokalisation über den unspezifischen ICD-10-Kode C 49.9 (z.B. Stromatumoren/Sarkomen) eingeschlossen werden.

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) Vertretung 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.

**1.) Personelle Anforderungen**

Die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 8:  
Knochen- und Weichteiltumoren 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:

- Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie **oder**
- Orthopädie und Unfallchirurgie **oder**
- Strahlentherapie

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt /Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA der eingetragen
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"/>
<b>oder</b>					
Teamleitung			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>					
Teamleitung			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>und</b>					
Teammitglied			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>und</b>					
Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>und</b>					
Teammitglied			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>und</b>					
Teammitglied			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuziehende/r			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

**1d) Kooperation**

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

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

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

Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse 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. <b>Nachweise beifügen:</b> 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)			
Genauere Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			<b>Nachweise in Kopie sind beigefügt</b>
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:			



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

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

<b>4b) Organisatorische Anforderungen:</b> Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:	
<b>Die Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,</b>	
sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.	<input type="checkbox"/>
einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte: - Allgemeinchirurgie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Visceralchirurgie Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor sind in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. (§ 4 Abs. 1 S. 3 ASV-RL) Eine schriftliche Erklärung zur Organisation der Notfallversorgung ist beizufügen.	<input type="checkbox"/>
Die mit der Betreuung beauftragten Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege. (Nachweise in Kopie beifügen). Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen. (etwa durch Bescheinigung einer langjährigen entsprechenden Tätigkeit).	<input type="checkbox"/>
Jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) wird zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die <b>alle</b> an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
Dem Patienten wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.	<input type="checkbox"/>
Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.	<input type="checkbox"/>
Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung, ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen, steht zur Verfügung (Nachweis über die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze und Regelung für Wochenende/Feiertage beifügen).	<input type="checkbox"/>

Für immundifizierte Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung (Nachweis in Form von Beschreibung, ggf. Fotos, beifügen).	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe (Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten wird vorgehalten (Beschreibung beifügen).	<input type="checkbox"/>
Eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen steht zur Verfügung (Nachweise beifügen, Benennung der/des Labore/s).	<input type="checkbox"/>
Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten werden bereitgehalten (Nachweis beifügen).	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 Abs. 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 Krebsselfhilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den in Sachsen-Anhalt geltenden Regelungen.	<input type="checkbox"/>

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

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

<b>6a) Mindestmengen</b>	
In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 50 Patienten der unter 1) der Konkretisierung der Erkrankung genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>

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

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

**Mir ist bekannt, dass**

- die Anzeigepflicht gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss besteht,
  - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V
  - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
  - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
  - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
  - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
  
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
  
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
  
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
  - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116 b 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 § 116 b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

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



**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass**

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren 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 erfolgt nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der Erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die ASV-Servicestelle weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen Facharztbescheides bestätigen zu lassen.

**Zustellungsvollmacht**

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

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

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

## Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Videosprechstunde</b>					
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<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"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Anästhesiologie	<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"/>	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"/>
Koronarangiografie	01520, 01521		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angiografie	01530, 01531		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Humangenetik</b>						
11230, 11233, 11234, 11235, 11301, 11302, 11303, 11511, 11512, 11513, 11518			<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laboratoriumsmedizin</b>						
12220			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Langzeit-EKG</b>						
13252, 13253			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Koloskopie</b>					
13421, 13422, 13423, 13424			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kardiologische Gebührenordnungspositionen</b>					
Zusatzpauschale Kardiologie	13545		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pneumologische Gebührenordnungspositionen</b>					
Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	13663		<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nuklearmedizin</b>					
17210, 17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372, 17373			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Pathologie</b>					
19210, 19310, 19312, 19313, 19314, 19320, 19321, 19330, 19331, 19332, 19401, 19402, 19403, 19404, 19410, 19411, 19421, 19424, 19430, 19450, 19451, 19452, 19453		<input type="checkbox"/>	Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Strahlentherapie</b>					
25210, 25211, 25214, 25310, 25316, 25317, 25321, 25324, 25328		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Therapie</b>					
30400, 30401, 30410, 30411, 30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerztherapie</b>					
30700, 30702		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
30700, 30702			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mikroskopische Untersuchungen</b>						
32163, 32164, 32167, 32169, 32176, 32177, 32181			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Funktionsuntersuchungen</b>						
32197			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gerinnungsuntersuchungen</b>						
32206, 32210, 32211, 32212, 32216, 32217, 32223, 32224, 32228			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Klinisch-chemische Untersuchungen</b>						
32232, 32237, 32242, 32247, 32248, 32305, 32308, 32314, 32315, 32320, 32321, 32324, 32325, 32341, 32344, 32358, 32367, 32368, 32369, 32372, 32373, 32376, 32395, 32403, 32404, 32410, 32411, 32412, 32413, 32414, 32421			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Immunologische Untersuchungen</b>				
32435, 32437, 32439, 32441, 32446, 32447, 32449, 32459, 32460, 32463, 32466, 32469, 32478, 32503, 32510, 32521, 32522, 32523, 32527		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blutgruppenserologische Untersuchungen</b>				
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32555, 32556		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionsimmunologische Untersuchungen</b>				
32575, 32584, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32621, 32629, 32630, 32660, 32661, 32670		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mykologische Untersuchungen</b>				
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bakteriologische Untersuchungen</b>				
32700, 32701, 32702, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32740, 32745, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Virologische Untersuchungen</b>					
32780, 32781, 32782, 32784, 32785, 32788, 32789			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Molekularbiologische Untersuchungen</b>					
32800, 32801, 32825, 32830, 32831, 32834, 32835, 32850, 32851, 32853, 32860			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ultraschalldiagnostik</b>					
Nasennebenhöhlen	33010		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonografie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamma-Sonographie	33041		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<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"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<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"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	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"/>	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<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"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<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	
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<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"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
33062, 33063, 33064			<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"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<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"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<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"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<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"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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"/>	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	33074		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie	<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"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<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"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<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"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (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"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostische Radiologie</b>						
Übersichtsaufnahme des Schädels	34210		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	34212		<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			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34235, 34236			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34237, 34238			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	34240		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<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
Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	34242		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34255, 34256, 34260			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen</b>						
34280, 34281, 34282			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34283, 34284, 34285, 34286, 34287			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34291, 34292			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34293, 34294, 34295, 34296			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34298			<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
<b>CT-Untersuchungen</b>					
34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gestützte Bestrahlungsplanung	34360		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRT-Untersuchungen</b>					
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlungsplanung MRT	34460		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRT-Angiographie</b>					
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34492			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC</b>					
34503, 34504, 34505			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<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	
Osteodensitometrische Untersuchung I+II	34600,34601		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	34800		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekonsiliarische Befundbeurteilung	34810, 34820, 34821		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychotherapie</b>						
35100, 35110			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<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	
35100, 35110			<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"/>
35111, 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"/>
<b>Abschnitt 2 des Appendix</b>						
PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Neubildung des Binde-, Weichteil- oder Knochengewebes nach konventioneller Diagnostik (CT und/oder MRT, ggf. ergänzt durch Skelettszintigraphie) - zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung - zur Sicherung eines Tumorrezidivs			<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit Knochen und Weichteiltumoren 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"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<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"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung, Anlage 7 BMV-Ärzte)		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anlage 2

### Nachweis von Mindestmengen

Diagnostik und Behandlung von Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr  
mit onkologischen Erkrankungen der Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

#### **Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1 – Ergänzung Buchstabe b Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien**

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

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

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 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt, darunter Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen oder mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Arzt, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (50, 120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen, heranzuziehen.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim Erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten 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.







