

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

Geschäftsstelle: Herr Jens Becker  
Tel.-Nr.: 0391 627-6341  
Fax: 0391 627-87 6535  
E-Mail: ela@kvsa.de

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 2:**  
**Gynäkologische Tumore**  
**gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22.01.2015, 18.06.2015 und 17.12.2015**

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

**Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom**

**und/oder**

**Patientinnen 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 sächlichen Anforderungen kooperieren, haben nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzuzeigen.
- 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 Patientinnen mit Gynäkologischen Tumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen. Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und 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 acillaris 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 Weichteilgewebe des Beckens
C49.8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, 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

**Sonstige gynäkologische Tumore:**

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 Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen – Tumorgruppe 2: Gynäkologische Tumore erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

**1.a) 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 **oder**
- 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 / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister 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"/>
<b>oder:</b>					
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			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/Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister 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 für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:**

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

Berechtig 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 Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, 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 Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.1 (Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom) behandeln.

Der Nachweis nach 2. ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Nummer 1.2 (Patientinnen 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 / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Gefäßchirurgie	<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 Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Angiologie	<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"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
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			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b> <i>Sofern ausschließlich die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom angestrebt wird, ist die Benennung der mit * gekennzeichneten Fachgebiete nicht erforderlich.</i>					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
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"/>
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			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"/>

Folgender Facharzt des interdisziplinären Teams verfügt über die Zusatzweiterbildung **Palliativmedizin**:

Titel, Vorname, Name (Praxisanschrift/Krankenhausanschrift)		Nachweise	
		beigefügt	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 Patientinnen und 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

**Nachweis § 3 Abs. 5 Satz G-BA-Richtlinie**

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

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

2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)			
Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			<b>Nachweise in Kopie sind beigelegt</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"/>
Es besteht eine Bestimmung nach § 116 b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich gynäkologische Tumoren.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die o.g. Alt-Bestimmung ist befristet.  bis zum:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern bekannt: Die o.g. Alt-Bestimmung wird vom Landesministerium aufgehoben zum:			
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)		
Name, Vorname (Arzt bzw. Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 SGB V)		
Anschrift:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Angabe der LANR und BSNR:		
BSNR:	LANR:	Titel, Vorname, Name (der Mitglieder der BAG bzw. des MVZ bzw. der Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V)

<b>Anforderungen an die Strukturqualität</b>			
<b>4a) Sächliche Anforderungen:</b>			
<b>Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:</b>			
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"/>
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung	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.

<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"/>
einrichtungintern 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: - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie 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 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 <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 erfolgt zeitnah.	<input type="checkbox"/>
Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen, auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen, steht zur Verfügung. (Nachweis über die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze und Regelungen für Wochenenden/Feiertage)	<input type="checkbox"/>
Für immundefiziente Patientinnen und Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und –räumlichkeiten zur Verfügung. (Nachweis in Form von Beschreibung, ggf. Fotos, beifügen)	<input type="checkbox"/>
Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe. (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/>
Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherheitsmechanismen 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. (Nachweis beifügen, Benennung der/des Labore/s)	<input type="checkbox"/>

Notallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und 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"/>
<p>Es müssen bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse* folgende Voraussetzungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Empfehlungen zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,</li> <li>– die Patientin ist 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,</li> <li>– eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin ist ausgeschlossen.</li> </ul> <p>*Diese Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit Gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.</p>	<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, 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.	

<b>5.) Tätigkeitsort der spezialfachärztlichen Leistungen</b>			
Angabe der Adresse des Tätigkeitsortes in Druckbuchstaben:			
Das Team bietet die Leistungen zu folgenden Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) gemeinsam am oben angegebenen Ort.			
Montag	von:	Uhr	bis: Uhr
Dienstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Mittwoch	von:	Uhr	bis: Uhr
Donnerstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Freitag	von:	Uhr	bis: Uhr
Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten genommenen Untersuchungsmaterials. Der Ort der Leistungserbringung liegt dennoch für direkt am Patienten zu erbringende 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 erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.			



6a) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
<p><b>Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom:</b> In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 250 Patientinnen und Patienten der unter „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. <small>Diese Mindestmenge gilt nicht, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit Gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.</small></p>	<input type="checkbox"/>
<b>und/oder</b>	
<p><b>Für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren:</b> In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 60 Patientinnen der unter „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. <small>Diese Mindestmenge gilt nicht, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.</small></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>1. In den letzten 12 Monaten hat mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal sichergestellt. Darunter waren 70 Patientinnen und 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.</p>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>	
<p>2. In den letzten 12 Monaten hat mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal sichergestellt. Darunter waren 60 Patientinnen und 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.</p>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>	
<p>3. In den letzten 12 Monaten konnten die angegebenen arztbezogenen Mindestmengen (250, 60, 120/70/30 bzw. 80/60/20) nicht erreicht werden. Es wurden jedoch mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und 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 § 116 b SGB V
  - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrrechtlichen 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 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 § 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 Ärztinnen/Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:</b>	
- Urkunden über Facharztanerkennungen/Schwerpunktbezeichnungen/Zusatzweiterbildungen	<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 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 Schwerpunktkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen Facharztstatus 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)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (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 beigelegt
<b>Videosprechstunde</b>					
Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01439		<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"/>
<b>Ultraschall-Vereinbarung</b>					
Mammastanzbiopsie	08320*		<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 Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
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 Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					
<b>Humangenetik</b>					
11320, 11321, 11322			<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11430			<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11433, 11434, 11441, 11442, 11443			<input type="checkbox"/> Humangenetik	<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>Labormedizin</b>					
12225		<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"/>
		<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<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"/>	Pathologie	<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 beigelegt
<b>Internistische Gebührenordnungspositionen</b>					
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*		<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.					
Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie	13430, 13431		<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 beifügen
Zuschlag Kardiologie I und II	13545, 13550		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nuklearmedizin</b>					
17310, 17311, 17312, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>In-vitro-Diagnostik</b>					
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19450		<input type="checkbox"/> Pathologie	<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>Strahlentherapie</b>					
25211, 25214, 25310, 25320, 25321, 25322, 25323, 25330*, 25331*, 25332*, 25333, 25340, 25341, 25342		<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.					
<b>Physikalische Therapie</b>					
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"/>
<b>Schmerztherapie</b>					
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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>MRSA</b>					
30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950		<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"/>
30954, 30956		<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>Mikroskopische Untersuchungen, Funktionsuntersuchungen, Gerinnungsuntersuchungen</b>					
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"/>
<b>Klinisch-chemische Untersuchungen</b>					
32232, 32233, 32237, 32244, 32245, 32248, 32247, 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, 32368, 32372, 32373, 32385, 32386, 32387, 32390*, 32391* <sup>2</sup> , 32394*, 32395, 32396, 32402, 32404, 32413, 32421		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>* Diese GOP's gehören nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinomen angestrebt wird.  <sup>2</sup> Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.</p>					
<b>Immunologische Untersuchungen</b>					
32435, 32437, 32439, 32441, 32450, 32457, 32460, 32462, 32463, 32474, 32503, 32505		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<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>					
32565, 32566, 32567, 32568, 32575, 32576, 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"/>
<b>Mykologische Untersuchungen</b>					
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691			<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>Bakteriologische Untersuchungen</b>					
32700, 32703, 32704, 32705, 32706, 32707, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32740, 32741, 32742, 32743, 32744, 32745, 32746, 32747, 32749, 32750, 32760, 32761, 32762, 32763, 32768, 32769, 32773			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Virologische Untersuchungen</b>					
32780, 32781, 32782, 32783, 32784, 32785, 32786, 32788, 32790			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Molekularbiologische Untersuchungen</b>					
32820, 32823, 32826, 32827, 32831, 32834, 32835, 32836, 32837, 32838, 32839, 32841, 32842, 32844, 32859			<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>Ultraschalldiagnostik</b>					
Sonographie der Gesichtsteile 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"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
Schilddrüsenultraschall	33012		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 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"/>



Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
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"/>
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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
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"/>
			<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
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 Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					
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"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
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"/>
			<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"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Senen, Muskeln, Bursae	33050		<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
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"/>
			<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
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie der Intrakraniellen Gefäße	33071		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

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"/> 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"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<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
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"/>
			<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/> 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 von Haut und Subkutis	33080		<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"/>
			<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 Transkavitäre 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"/>
			<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"/>
			<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	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"/>
			<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
<b>Radiologie, Röntgen</b>					
Aufnahme des knöchernen Thorax	34220		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme von Teilen der Wirbelsäule	34221		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	34222		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myelographie(n)	34223		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile	34234		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	34237		<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 beigelegt
Durchführung gehaltener Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233	34238		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	34240		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241					
Übersichtsaufnahme und Durchleuchtung der Brustorgane	34242					
Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	34243		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme des Abdomens, zwei Ebenen	34244		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	34245		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	34246		<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
Doppelkontrast-Untersuchung des Magens, des Zwölffingerdarms	34247		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarms, nach Sellink	34248		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastuntersuchung der Gallenblase, der Gallengänge, der Pankreasgänge	34250		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms	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"/>
Mammographie	34270*		<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 gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					
Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik)	34272* <sup>2</sup>		<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"/>
* <sup>2</sup> Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Röntgenuntersuchung eines Mamma-Präparates	34273* <sup>2</sup>		<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"/>
* <sup>2</sup> Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					
Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270	34274* <sup>2</sup>		<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"/>
* <sup>2</sup> Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					
Mammographie	34275* <sup>2</sup>		<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"/>
* <sup>2</sup> Diese GOP gehört nicht zum Behandlungsumfang, sofern eine ASV-Berechtigung ausschließlich für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren angestrebt wird.					

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
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"/>
<b>Schichtaufnahmen</b>					
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
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	34286		<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
<b>Computertomographie</b>					
34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gestützte Bestrahlungsplanung	34360		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kernspintomographie-Vereinbarung</b>					
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"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRT-Angiographie</b>					
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492			<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
<b>Interventionelle Maßnahmen</b>					
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"/>
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"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Telekonsil</b>					
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	34800		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	34810		<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 beigelegt
<b>Psychosomatik</b>					
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"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
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"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Übende Verfahren, Einzelbehandlung	35111		<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"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer oder 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"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PET/PET-CT</b>					
Bei Patientinnen 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.			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
<b>Onkologie-Vereinbarung</b>					
Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer, insbesondere zytostatischer, Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung) (Anlage 7 BMV-Ä)	86512		<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 intravenöse oder intraarteriell oder intrakavitär applizierte zytostatische Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung) (Anlage 7 BMV-Ärzte)	86516		<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"/>

## **Anlage 2 Nachweis von Mindestmengen**

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

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1a 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 Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren mindestens 60 Patientinnen 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 Patientinnen und 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 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 (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung), 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 (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 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 Patientinnen und 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 Tumorthherapie (bitte kennzeichnen)	davon: mit intravenöser oder intrakavitärer oder intralesionaler Behandlung (bitte kennzeichnen)