

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

Geschäftsstelle:

Tel.-Nr.:

Fax:

E-Mail:

0391 627-6449/7449

0391 627-8436

ela@kvsas.de

Anzeige

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

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

**Diagnostik und Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED),
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 21. März 2013,
zuletzt geändert am 16. März 2023, in Kraft getreten am 18. September 2023**

Zur Gruppe der Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen:

- K 50.- Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis) (Morbus Crohn)
- K 51.- Colitis ulcerosa
- K 52.3- Colitis indeterminata

Allgemeine Hinweise:

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

1.) Personelle Anforderungen					
Die Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL.					
1a) Angaben zur Teamleitung					
Die Leitung und Koordination des Teams sowie die Vertretung der Teamleitung erfolgen durch					
<ul style="list-style-type: none"> einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. 					
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch					
<ul style="list-style-type: none"> ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden. 					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung*			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, alternativ					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung*			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes/ IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und					
Teammitglied			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie verfügbar ist					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich kann ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie benannt werden					
Teammitglied			Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Kooperationsvereinbarung vertreten sein. Die Vorgaben des § 10 der ASV-Richtlinie gelten entsprechend.

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes/ IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Rheumatologie	<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			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes/ IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich als Teammitglied benannt werden					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d) Kooperation

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

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

Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Kooperationsvereinbarung vertreten sein. Die Vorgaben des § 10 der ASV-Richtlinie gelten entsprechend.

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)	<input type="checkbox"/>

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

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

4.) Anforderungen an die Strukturqualität			
4a) Sächliche Anforderungen Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:			
Ambulanter Pflegedienst zur häuslichen Krankenpflege	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (z.B. Diätassistenten)	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Kontinenztherapie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Selbsthilfe	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Stomatherapie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>

4b) Organisatorische Anforderungen	
Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:	
Die Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,	
- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.	<input type="checkbox"/>
und	
- einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.	<input type="checkbox"/>
- eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte besteht: - Innere Medizin und Gastroenterologie - Viszeralchirurgie. Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende und endoskopische Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
- die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht	<input type="checkbox"/>
- Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm werden bereitgehalten.	<input type="checkbox"/>

4c) Dokumentationen (§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2k ASV-RL)	
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 sowie die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages) sind zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/>
Die Information des Patienten nach § 15 S. 2 ASV-RL wird dokumentiert.	<input type="checkbox"/>

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

6.) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
<p>In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 100 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (Vergleich Anlage 2) sind beigefügt.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 100 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Das Kernteam konnten in den letzten 12 Monaten keine 100 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mit gesicherter Diagnose behandeln. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesauschuss müssen mindestens 50 Patienten behandelt worden sein. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (Vergleich Anlage 2) sind beigefügt. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</p> <p>Begründung:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss besteht,
 - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V
 - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. der Beendigung der Berechtigung für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
 - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
 - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
 - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.
 - Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
 - Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
- 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.

Folgende entscheidungsrelevante Unterlagen für die benannten Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:	
- Urkunden über Facharztanerkennungen/Schwerpunktbezeichnungen/Zusatz-Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>
- Nachweise für die besonderen Erfahrungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aller Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
- Kooperationsverträge	<input type="checkbox"/>
- Abrechnungsgenehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	<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"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in der jeweils gültigen Fassung richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung erfolgen nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der Erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die ASV-Servicestelle weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen Facharztbescheinigung zu lassen.

Zustellungsvollmacht

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

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

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

Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Videosprechstunde						
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<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 Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04241		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04322		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen						
04514, 04515, 04518, 04520			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04528, 04529			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumsmedizin						
12210, 12220			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13252		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13253		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Koloskopie					
13421, 13422, 13423, 13424			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13425, 13426			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie					
19210, 19310, 19312, 19314, 19320			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie					
Massagetherapie	30400		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Atemgymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30410, 30411		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30420, 30421		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroskopische Untersuchungen					
32166, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32187			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsuntersuchungen					
32192, 32193, 32197			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Gerinnungsuntersuchungen				
32212		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch-chemische Untersuchungen				
32237, 32242, 32245, 32247, 32248, 32253, 32258, 32267, 32268, 32272, 32273, 32278, 32279, 32280, 32283, 32305, 32306, 32308, 32310, 32314, 32315, 32316, 32318, 32320, 32321, 32325, 32341, 32344, 32367, 32372, 32373, 32374, 32377, 32379, 32381, 32403, 32404, 32411, 32413, 32414		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologische Untersuchungen				
32426, 32427, 32435, 32437, 32438, 32439, 32441, 32453, 32454, 32455, 32457, 32459, 32460, 32461, 32462, 32463, 32479, 32490, 32491, 32492, 32495, 32496		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppenserologische Untersuchungen				
32540, 32541, 32542, 32543, 32545, 32546, 32550, 32556		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Infektionsimmunologische Untersuchungen					
32569, 32570, 32571, 32575, 32588, 32589, 32592, 32594, 32598, 32600, 32601, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32610, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32621, 32622, 32628, 32629, 32630, 32631, 32632, 32640, 32641, 32660, 32661, 32663, 32670		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parasitologische Untersuchungen					
32680		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykologische Untersuchungen					
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteriologische Untersuchungen					
32700, 32705, 32706, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32745, 32747, 32749, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virologische Untersuchungen					
32781, 32782, 32784, 32785, 32786, 32788, 32789, 32790		<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
Molekularbiologische Untersuchungen					
32825, 32830, 32831, 32834, 32835, 32837, 32838, 32839, 32841, 32850, 32859			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalldiagnostik					
Sonographie des Auges	33000		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Biometrie des Auges	33001		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall- Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	33002		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<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 Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<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 beigefügt
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<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"/>
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße	33072		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	33074		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	33080		<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM- Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<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"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<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"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<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"/>
Röntgenaufnahmen Diagnostische Radiologie					
34212			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Thorax	34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34240, 34241, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urogenitalorgane	34255, 34256, 34257		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangsysteme	34260		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäße	34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34293, 34294, 34295		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computertomographie					
	34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT					
	34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographien					
	34480, 34485, 34486, 34489		<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
Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen					
Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	34500		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	34501		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrie					
Osteodensitometrische Untersuchungen I + II	34600, 34601		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<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
Telekonsil					
34800, 34810, 34820, 34821			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatik					
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Intervention, Einzelbehandlung	35111		<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	35112		<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	35113		<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Kapselendoskopie nach Abschnitt 2 des Appendix					
Kapselendoskopie Dünndarm - wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-gastro-Duodenoskopie, vollständige Koloskopie sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT und Darmsonographie weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Crohn mit Dünndarmbefall besteht. - Zur Differenzierung zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen - Zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> o bei chronisch aktiven Verlaufsformen o bei sekundärem Therapieversagen o bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf 		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 2 Nachweis von Mindestmengen

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2 – Buchstabe c Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 100 Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

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

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

Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste sind beigefügt.

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

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

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

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