

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

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (zystische Fibrose),
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.12.2016**

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

E 84.- Zystische Fibrose

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 Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL, 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 Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, auch durch:

- einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie.

Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, auch:					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes/IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung	Nachweise erbracht im Arztregister der KVSA eingetragen	
Teammitglied			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Und					
Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich kann im Kernteam benannt werden:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

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			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<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, können zusätzlich folgende hinzuzuziehende Fachärzte benannt werden:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

1 d.) 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)

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:			
			Nachweise in Kopie sind beigelegt
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 Mukoviszidose (Zystische Fibrose).	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:			

Anforderungen an die Strukturqualität			
4a) Sächliche und organisatorische Anforderungen:			
Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:			
Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Ernährungstherapie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>

Anforderungen an die Strukturqualität			
4a) Sächliche und organisatorische Anforderungen:			
Die Trennung von Patienten mit verschiedenen Keimböden ist gewährleistet.	Nachweise beigefügt		<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,	
a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.	<input type="checkbox"/>
und	
b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.	<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), 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 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.			

6.) Mindestmengen	
1. In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 50 Patienten der unter 1) der Konkretisierung der Erkrankung genannten Indikationsgruppe mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>
2. Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 50 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
3. Das Kernteam konnte in den letzten 12 Monaten keine 50 Patienten der unter 1) der Konkretisierung der Erkrankung genannten Indikationsgruppe mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 25 Patienten behandelt (Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird. <u>Begründung:</u>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss besteht,
 - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V
 - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
 - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
 - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
 - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt.
 - 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.
 - Die Überweisung kann aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- 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 Ärztinnen/Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:	
- 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"/>
- Nachweis von Mindestmengen (Anlage 2)	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und-untersuchung behindertengerecht sind. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu Mukoviszidose bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu Mukoviszidose in der jeweils gültigen Fassung richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung erfolgt nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der Erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die ASV-Servicestelle weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen 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)	..... 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
Videosprechstunde					
Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01439		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<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"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Langzeit-EKG-Vereinbarung						
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04241		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04322		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koloskopie						
Zusatzpauschale Koloskopie	04514		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04511, 04513, 04514	04515		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie	04518		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 04514 und 04518	04520		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dünndarmsaugbiopsie	04521		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung	08341		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL	09316		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonschwellenaudiometrie	09320		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Sprachaudiometrie	09321		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	09322		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	09324		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag zu der GOP 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	09335		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Molekulargenetik					
Cystische Fibrose – Gezielte Untersuchung auf die häufigsten Mutationen im CFTR-Gen	11351		<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cystische Fibrose – vollständige Untersuchung	11352		<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genehmigungspflichtiger Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11352, 11371, 11401, 11411, 11431, 11432 und 11440 für die Mutationssuche in weiteren Genen	11449		<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Koloskopie	13421		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	13422		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Leistungen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	13423		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulationen im Zusammenhang mit den Nrn. 13400, 13421 oder 13422	13424		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie						
Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	13430		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	13431		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalldiagnostik						
Zusatzpauschale Kardiologie I	13545		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	13663		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie					
Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	30410		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	30411		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<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
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	30421		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroskopische Untersuchungen					
32176, 32177, 32180, 32181, 32187			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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
Funktionsuntersuchungen					
32190, 32192, 32193, 32194			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsuntersuchungen					
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"/>
Klinisch-chemische Untersuchungen					
32232, 32233, 32237, 32244, 32245, 32247, 32248, 32253, 32267, 32306, 32315, 32318, 32320, 32321, 32341, 32345, 32359, 32365, 32366, 32367, 32368, 32372, 32373, 32375, 32377, 32403, 32404, 32411, 32413, 32421			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologische Untersuchungen					
32426, 32427, 32435, 32440, 32457, 32460, 32462, 32463			<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
Infektionsimmunologische Untersuchungen					
32560, 32561, 32562, 32563, 32564, 32585, 32589, 32590, 32592, 32595, 32600, 32601		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32619, 32620, 32621		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32622, 32625, 32626, 32628, 32631, 32632, 32641		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Mykologische Untersuchungen					
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteriologische Untersuchungen					
32700, 32704, 32720, 32721, 32724, 32725, 32726, 32727, 32740, 32742, 32744, 32745, 32747, 32750, 32760, 32761, 32762, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virologische Untersuchungen					
32780, 32781, 32782, 32786, 32787, 32788, 32789		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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					
32829, 32837, 32839, 32841, 32842, 32859			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalldiagnostik					
Nasennebenhöhlen-Sonographie	33010		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Gesichtsteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<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 beigelegt
Schilddrüsen-Sonographie	33012		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie (M-Mode und B-Mode-Verfahren)	33020		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppler-Echokardiographie (PW-/CW-Doppler)	33021		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Doppler-Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag TEE	33023		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	33030		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<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
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und –diabetologie	<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 beigelegt
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<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 der Harnblase	33044		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<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"/>
CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33062		<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
CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33064		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<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
Doppler-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	33074		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<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"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -diabetologie	<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
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<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 Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<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"/>
Übersichtsaufnahmen des Schädels	34210		<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
Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	34212		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen des knöchernen Thorax	34220		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen 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"/>
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen der Schulter, des Schultergelenkes	34231		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmen der Extremitäten	34233		<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	34237		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	34240		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<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
Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	34242		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	34243		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersichtsaufnahme des Abdomens, zwei Ebenen	34244		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<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
Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	34245		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	34246		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastuntersuchung der Gallenblase, der Gefäßgänge, 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"/>
Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms bei Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendetem 12. Lebensjahr	34252		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln	34260		<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
Durchleuchtung(en)	34280		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computertomographie					
34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT					
34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventionelle Maßnahmen					
Osteodensitometrische Untersuchungen I	34600		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrische Untersuchungen II	34601		<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					
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	34800		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<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 beigefügt
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<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"/> Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<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	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<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"/> Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<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	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"/>
			<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 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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	35113		<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"/>
			<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"/>

Anlage 2 Nachweis von Mindestmengen

Mukoviszidose

1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1a Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 50 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 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.

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.

