

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

Geschäftsstelle:  
Tel.-Nr.: 0391 627-6449/7449  
Fax: 0391 627-8436  
E-Mail: [ela@kvsa.de](mailto:ela@kvsa.de)

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

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

**Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 22. November 2024, in Kraft getreten am 07. Februar 2025**

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen. Zur Gruppe der Patienten mit Multipler Sklerose im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- G 35.- Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
- G 36.- Sonstige akute disseminierte Demyelinisation
- G 37.- Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

Allgemeine Hinweise:

- 1) Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sachlichen Anforderungen kooperieren, haben nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzugeben.
- 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.

**1.) Personelle Anforderungen**

Die Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose 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

- einen Facharzt für Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch

- ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise erbracht	Nachweise im Arztreister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung*			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, alternativ</b>					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung*			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<b>1b) Angaben zum Kernteam</b>					
<b>Funktion</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Nachweise</b>	
				<b>erbracht</b>	<b>im Arztreregister der KVSA eingetragen</b>
<b>zusätzlich zur Teamleitung Neurologie</b>					
Teammitglied			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich</b>					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt verfügbar ist</b>					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b>					
<b>Funktion</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Nachweise erbracht</b>	<b>im Arztreregister der KVSA eingetragen</b>
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			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusätzlich kann benannt werden</b>					
Hinzuzuziehende/r			Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden</b>					
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"/>
<b>oder</b>					
Hinzuzuziehende/r			Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>					
Hinzuzuziehende/r			Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<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).

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch (z.B. Team- bzw. Fallbesprechungen, bitte Tag/e und Uhrzeit/en angeben):

---

---

---

---

---

---

---

**Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie**

Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation liegt der Anzeige bei.

Nachweise beifügen: Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung

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

Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor  
(Nachweis z.B. durch Leistungsstatistiken, indikationsbezogene Fortbildungen).

**2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)**

Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):

Anschrift:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

			<b>Nachweise in Kopie sind beigefügt:</b>
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen (Feststellungsbescheid § 108 SGB V):	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			

**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:**

<b>BSNR:</b>	<b>LANR:</b>	<b>Titel, Vorname, Name (der Mitglieder der BAG bzw. des MVZ bzw. der Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V):</b>

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

**und**

- einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

Eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte besteht:

- Neurologie.

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

Die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht

Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patienten werden bereithalten.

**4c) Dokumentationen (§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2k ASV-RL)**

Die Dokumentation ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung.

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)

Die Dokumentation stellt die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicher.

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.

Die Information des Patienten nach § 15 S. 2 ASV-RL wird dokumentiert.

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

6a) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 120 Patienten mit Multipler Sklerose mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (Vergleich Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>
Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 120 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
Das Kernteam konnten in den letzten 12 Monaten keine 120 Patienten mit Multipler Sklerose mit gesicherter Diagnose behandeln. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesauschuss müssen mindestens 60 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.  Begründung:  _____  _____  _____  _____  _____  _____	<input type="checkbox"/>

## Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss besteht,
  - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
  - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. 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 § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

**Folgende entscheidungsrelevante Unterlagen für die benannten Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:**

- Urkunden über Facharztanerkennungen/Schwerpunktbezeichnungen/Zusatz-Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>
- Nachweise für die besonderen Erfahrungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aller Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
- Kooperationsverträge	<input type="checkbox"/>
- Abrechnungsgenehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	<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 Multipler Sklerose bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu Multipler Sklerose in der jeweils gültigen Fassung richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung erfolgen nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der Erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die KVSA weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen Facharztes bestätigen zu lassen.

### **Zustellungsvollmacht**

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

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

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

## Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Videosprechstunde</b>					
Videosprechstunde Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/> Neurologie	<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Neurologie	<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<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)		
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<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"/>	
Koronarangiografie	01520, 01521		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angiografie	01530, 01531		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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
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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gebührenordnungsposition der Kinder-Kardiologie</b>						
Zusatzpauschale Kinderkardiologie	04410		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse Herzschrittmacher Defibrillator	04411, 04413		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	04414		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse CRT	04415		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	04416		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag zu den GOP 04411, 04413 und 04415	04417		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Therapie mit Botulinumtoxin</b>					
08312, 08313			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laboratoriumsmedizin</b>					
12222, 12223, 12224			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13252		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<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 Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kardiologische Gebührenordnungspositionen</b>					
Zusatzpauschale Kardiologie	13545		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse Herzschrittmacher Defibrillator/Kardioverter	13571, 13573		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	13574		<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
Funktionsanalyse CRT	13575		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	13576		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575	13577		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Therapie mit Botulinumtoxin</b>						
26316, 26317			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Therapie</b>						
Massagetherapie	30400		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intermittierende apparative Kompressionstherapie	30401		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)		
Atemgymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30410, 30411		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankengymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mikroskopische Untersuchungen</b>							
32167, 32176, 32177, 32179, 32180, 32181, 32187			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gerinnungsuntersuchungen</b>							
32207			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Klinisch-chemische Untersuchungen</b>							
32232, 32237, 32240, 32305, 32306, 32308, 32320, 32321, 32325, 32344, 32372, 32373, 32403, 32410, 32411, 32412, 32413, 32414			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Immunologische Untersuchungen</b>							
32435, 32441, 32448, 32450, 32459, 32460, 32461, 32463, 32465, 32476, 32490, 32491, 32496, 32502, 32503, 32505, 32508, 32510, 32520, 32521, 32522, 32523			<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
<b>Infektionsimmunologische Untersuchungen</b>				
32565, 32566, 32567, 32568, 32569, 32570, 32571, 32574, 32575, 32584, 32586, 32587, 32594, 32602, 32603, 32605, 32606, 32607, 32608, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32619, 32620, 32621, 32623, 32629, 32630, 32632, 32641, 32660, 32661, 32662, 32670		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mykologische Untersuchungen</b>				
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bakteriologische Untersuchungen</b>				
32700, 32701, 32702, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32741, 32743, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Virologische Untersuchungen</b>				
32780, 32781, 32782, 32784, 32785, 32786, 32788		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Molekularbiologische Untersuchungen</b>				
32800, 32801, 32818, 32820, 32823, 32825, 32830, 32831, 32834, 32835, 32843, 32844, 32845, 32846, 32847, 32850, 32851, 32853, 32866		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)			
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt		
<b>Ultraschalldiagnostik</b>								
Sonographie des Auges Ultraschall-Biometrie des Auges	33000, 33001		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schilddrüsen-Sonographie	33012		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Echokardiographie (Mode- und B-Mode-Verfahren)	33020		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doppler-Echokardiographie (PW-/CW-Doppler)	33021		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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
Duplex- Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag TEE	33023		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-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"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	33031		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<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 Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie		<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"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<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"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<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"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33062		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin		<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
CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33062		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33064		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33071		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der Gefäße der weiblichen Genitalorgane	33074		<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"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<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 Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie von Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<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"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<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"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- und/oder Nervensonographie	33100		<input type="checkbox"/> Neurologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Röntgenaufnahmen Diagnostische Radiologie</b>				
34210, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248,		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34255, 34256, 34257, 34260		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Angiographie</b>				
34283, 34284, 34285, 34286, 34287,		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34290, 34291, 34292		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
34294, 34295, 34296		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34298		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Computertomographie</b>					
34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRT</b>					
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRT-Angiographie</b>					
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
34503, 34504, 34505			<input type="checkbox"/> Neurologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrie	34600, 34601		<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychosomatik</b>						
35100, 35110			<input type="checkbox"/> Neurologie		<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 Schwerpunkt Neuropädiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
35100, 35110			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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"/>
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 Jugendlichen 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 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"/>
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 Jugendlichen Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anlage 2**  
**Nachweis von Mindestmengen**

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose

**Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.2 – Buchstabe a Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien**

Das Kernteam muss mindestens 120 Patienten mit Multipler Sklerose mit gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten 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 beigelegt.







