

**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**

**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 Tuberkulose (TBC) / atypischer Mykobakteriose,
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 21. März 2013,
zuletzt geändert am 22. November 2024, in Kraft getreten am 07. Februar 2025**

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

- A 15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
- A 16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert
- A 17.- Tuberkulose des Nervensystems
- A 18.- Tuberkulose sonstiger Organe
- A 19.- Miliartuberkulose
- A 31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien
 - sowie Z 20.1 Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose für die Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention
 - sowie Z 22.7 Latente Tuberkulose bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention.

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 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) Vertreter dürfen nur im Falle der Abwesenheit des Vertretenen in ihrer Funktion als Vertreter tätig werden, § 3 Abs. 4 der ASV-RL.
Bitte benennen Sie die Vertreter, sofern sie bereits bekannt sind.

1.) Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patienten mit Tuberkulose/atypischer Mykobakteriose 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.

1a) Angaben zur Teamleitung

Die Leitung und Koordination des Teams sowie die Vertretung der Teamleitung erfolgen durch:

- einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie **oder**
- einen Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch benannt werden:

- ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztreregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, alternativ					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise erbracht im Arztregister der KVSA eingetragen	
sofern Teamleitung durch Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie					
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Teamleitung durch Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie					
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls kein Facharzt mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztreger der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<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			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/>
Hinzuzuziehende/r			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<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			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich einer der folgenden Fachärzte benannt werden					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<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 ASL-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. 1 Satz 1, 10 ASV-RL

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

Nachweise beifügen: Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung

Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 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 beigefügt
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen (Feststellungsbescheid § 108 SGB V).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			

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

4.) Anforderungen an die Strukturqualität			
4a) Sächliche Anforderungen: Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:			Nachweise beigefügt
Physiotherapie	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS-Behandlung	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>
Gewährleistung einer räumlichen Trennung von Patienten mit offener Tuberkulose bzw. nachgewiesener Multiresistenz	namentliche Benennung		<input type="checkbox"/>

4b) Organisatorische Anforderungen: Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:
Die Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,
sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. <input type="checkbox"/>
einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört. <input type="checkbox"/>

4c) Dokumentationen	
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 an:			
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 vom Tätigkeitsort der Teamleitung.			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.			

6.) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 20 Patienten der unter Punkt 1) der „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (Vergleich Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>
Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 20 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
Das Kernteam konnten in den letzten 12 Monaten keine 20 Patienten der unter Punkt 1) der „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 10 Patienten behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (Vergleich Anlage 2) sind beigefügt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird.	

Begründung:



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. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
 - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
 - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
 - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116 b SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der Erweiterte Landesausschuss nach § 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 (lt. Anlage 1)	<input type="checkbox"/>
- aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
- Nachweise über regelmäßige Teilnahme an indikationsbezogenen Fortbildungen innerhalb der letzten 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
- weitere entscheidungsrelevante Unterlagen (z.B. Zeugnisse, soweit für die entsprechende Leistung keine Abrechnungsgenehmigung vorliegt)	<input type="checkbox"/>
- Nachweise von Mindestmengen (Anlage 2)	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu Tuberkulose und atypischer Mykobakteriose bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu Tuberkulose und atypischer Mykobakteriose 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 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
Videosprechstunde					
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
04241, 04322, 04335		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04514, 04515, 04518, 04520		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09316		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09320, 09321, 09322, 09324, 09335, 09336		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumsmedizin					
12210, 12222, 12223, 12224		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koloskopie					
13421, 13422, 13423		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<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	
13424		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<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"/>	
Pathologie						
19210, 19310, 19312, 19314, 19320, 19330		<input type="checkbox"/>	Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physikalische Therapie						
Atemgymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30410, 30411	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<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)	
Atemgymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30410, 30411		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)			
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt		
Mikroskopische Untersuchungen							
32163, 32164, 32165, 32166, 32167, 32169, 32172, 32175, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32185, 32186, 32187		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Funktionsuntersuchungen							
32196, 32197		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Klinisch-chemische Untersuchungen							
32232, 32233, 32237, 32242, 32244, 32247, 32248, 32292, 32293, 32305, 32307, 32314, 32320, 32321, 32323, 32324, 32325, 32340, 32341, 32342, 32343, 32345, 32367, 32385, 32404, 32412		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32372, 32373		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Immunologische Untersuchungen							
32435, 32437, 32438, 32439, 32441, 32448, 32457, 32459, 32460, 32462, 32463, 32465, 32474, 32510, 32520, 32521, 32522, 32523, 32524, 32525, 32526		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<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		
Blutgruppenserologische Untersuchungen							
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32555, 32556		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infektionsimmunologische Untersuchungen							
32565, 32566, 32567, 32568, 32575, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32619, 32660, 32661, 32670		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mykologische Untersuchungen							
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bakteriologische Untersuchungen							
32700, 32701, 32702, 32704, 32705, 32706, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32740, 32741, 32742, 32743, 32744, 32745, 32746, 32747, 32749, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<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
Virologische Untersuchungen				
32780, 32781, 32782		<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekularbiologische Untersuchungen				
32825, 32830, 32835, 32844, 32845, 32846, 32847		<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32850, 32851, 32853		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalldiagnostik				
Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011	<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<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
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	33052		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<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"/>

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"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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 beigefügt
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-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 mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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 mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)		
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diagnostische Radiologie							
Übersichtsaufnahmen des Schädelns	34210		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34240, 34241, 34242			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Infektiologie	<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"/>	

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
34240, 34241, 34242		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34255, 34256, 34257, 34260		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34280		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-Untersuchungen					
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"/>
MRT-Untersuchungen					
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anlage 2
Nachweis von Mindestmengen**

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tuberkulose (TBC) / atypischer Mykobakteriose

1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2.a Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 20 Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

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

Nachweis der erforderlichen Mindestmengen innerhalb des letzten Jahres

Wir bitten Sie um die nachstehenden Angaben zum Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen im Vorjahr dieser Anzeige.
Sofern mehrere Mitglieder des Kernteams Patienten gemeinsam behandelt haben, können die Angaben auch für mehrere Mitglieder des Kernteams gemeinsam gemacht werden.

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

