

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

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

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

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen,
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.12.2016, 08.11.2017, 21.12.2017

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer der folgenden rheumatologischen Erkrankungen:

- D 68.6 Sonstige Thrombophilien
- D 68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D 69.0 Purpura anaphylactoides
- D 86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M 14.8*
- D 89.1 Kryoglobulinämie
- E. 85.0 Nichteuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- H 20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- M 01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A 69.2†)
- M 02.1- Postenteritische Arthritis
- M 02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet
- M 05.- Seropositive chronische Polyarthritis
- M 06.0- Seronegative chronische Polyarthritis
- M 06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- M 07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†)
- M 07.2* Spondylitis psoriatica (L 40.5†)
- M 07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L 40.5†)

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer der folgenden rheumatologischen Erkrankungen:

M 08.-	Juvenile Arthritis
M 09.-*	Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M13.-	Sonstige Arthritis
M14.8*	Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D 86.8
M30.-	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
M31.3	Wegener-Granulomatose
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis
M31.7	Mikroskopische Polyangiitis
M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
M32.-	Systemischer Lupus erythematodes
M33.0	Juvenile Dermatomyositis
M33.1	Sonstige Dermatomyositis
M33.2	Polymyositis
M34.-	Systemische Sklerose
M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome
M35.2	Behcet-Krankheit
M35.3	Polymyalgia rheumatica
M35.4	Eosinophile Fasziitis
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M35.9	Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
M36.0*	Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (COO-D48 ⁺)
M45.0-	Spondylitis ankylosans
M46.9-	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
M86.3-	Chronische multifokale Osteomyelitis

Allgemeine Hinweise:

- 1) Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, haben nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzuzeigen.
- 2) Zur besseren Lesbarkeit werden personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der männlichen Form angeführt, also z.B. „Facharzt“ statt „Fachärztin“.
- 3) 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 von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer rheumatologischen Erkrankung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

1.a) Angaben zur Teamleitung

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

- einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung*			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Bitte benennen Sie den Vertreter, sofern dieser bereits bekannt sind.

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes/IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Teammitglied			Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*bitte benennen, sofern bereits bekannt

Die Voraussetzungen zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens 2 Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			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			Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik, nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			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			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d) Kooperation

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus (§ 3 Abs. 1 S. 1 ASV-RL). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen (§ 3 Abs. 1.2 ASL-RL).

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

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

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

Nachweise beifügen: Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung

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

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

2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)			
Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise in Kopie sind beigelegt
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen. (Feststellungsbescheid, § 108 SGB V)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine Bestimmung nach § 116 b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich rheumatologische Erkrankungen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die o.g. Alt-Bestimmung ist befristet. bis zum:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern bekannt: Die o.g. Alt-Bestimmung wird vom Landesministerium aufgehoben zum:			
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			

Anforderungen an die Strukturqualität			
4a) Sächliche 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"/>
Ergotherapie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Orthopädietechnik/-mechanik/-schuhmacher	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	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"/>
Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist den Patienten namentlich zu nennen. Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar (§ 4 S. 3 ASV-RL) (Nachweise beifügen).	<input type="checkbox"/>
Dem Patienten werden Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt.	<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.			
Montag	von:	Uhr	bis: Uhr
Dienstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Mittwoch	von:	Uhr	bis: Uhr
Donnerstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Freitag	von:	Uhr	bis: Uhr
Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten genommenen Untersuchungsmaterials. Der Ort der Leistungserbringung liegt dennoch für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung.			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.			

6a) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 240 Patienten der unter Punkt 1 der „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>
Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 240 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
<p>Das Kernteam konnten in den letzten 12 Monaten keine 240 Patienten der unter Punkt 1 der „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 120 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.</p> <p>Begründung:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss besteht,
 - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V
 - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
 - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
 - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
 - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:
 - Anamnese (z.B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
 - Körperlicher Untersuchung (z.B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung)
 - Laboruntersuchungen (z.B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper
 - Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).
 Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der Erweiterte Landesausschuss nach § 116 b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

Folgende entscheidungsrelevante Unterlagen für die benannten Ärztinnen/Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:	
- Urkunden über Facharztanerkennungen/Schwerpunktbezeichnungen/Zusatzweiterbildungen	<input type="checkbox"/>
- Nachweise für die besonderen Erfahrungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aller Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
- Kooperationsverträge	<input type="checkbox"/>
- Abrechnungsgenehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (lt. Anlage 1)	<input type="checkbox"/>
- aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
- Nachweise über regelmäßige Teilnahme an indikationsbezogenen Fortbildungen innerhalb der letzten 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
- weitere entscheidungsrelevante Unterlagen (z.B. Zeugnisse, soweit für die entsprechende Leistung keine Abrechnungsgenehmigung vorliegt)	<input type="checkbox"/>
- 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 rheumatologischen Erkrankungen bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu rheumatologischen Erkrankungen in der jeweils gültigen Fassung richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard). Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung erfolgt nicht durch Ärzte in Weiterbildung.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereiches verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- der Erweiterte Landesausschuss erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die ASV-Servicestelle weitergeben darf.
- die Geschäftsstelle bei Vorlage einfacher Kopien von Facharzt- und Schwerpunkturkunden oder Urkunden über Zusatzbezeichnungen befugt ist, sich bei der Ärztekammer die Erteilung und Berechtigung zur Führung des jeweiligen 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)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)
..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)	..... hinzuzuziehende/r Facharzt/Fachärztin* (ggf. Vertragsarztstempel)

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

Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	11235		<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	11252		<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"/>
Zusatzpauschale Angiologie	13300		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koloskopie					
Zusatzpauschale Koloskopie	13421		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	13422		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	13423		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Kardiologie					
Zusatzpauschale Kardiologie I	13545		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchoskopie	13662		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	13663		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizinische Untersuchungen					
Teilkörperszintigraphie	17310		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperszintigraphie	17311		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Ganzkörperszintigraphie	17312		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Radiojod-Zweiphasentest	17321		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	17330		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	17331		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	17332		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	17333		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik	17340		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag bei Intervention	17341		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung	17350		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik	17351		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszintigraphie	17360		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik	17361		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag SPECT, Einkopf	17362		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zusatzpauschale Radiojodtherapie	17370		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Radiosynoviorthese	17371		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Radionuklidtherapie	17372		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Radionuklidtherapie an großen oder mittleren Gelenken	17373		<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen					
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	18330		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Physikalische Therapie					
Massagetherapie	30400		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemgymnastik (Einzelbehandlung) Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	30410 30411		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Krankengymnastik (Einzelbehandlung) Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	30420		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30421		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selektive Phototherapie	30430		<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroskopische Untersuchungen					
32161, 32163		<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
32166			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32167, 32172, 32175, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32185, 32186, 32187			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsuntersuchungen					
32196, 32197			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Gerinnungsuntersuchungen					
32203, 32205, 32206, 32210, 32211, 32212, 32213, 32214, 32215, 32216, 32217, 32218, 32219, 32220, 32221, 32222, 32223, 32224, 32225, 32227, 32228, 32229			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32207			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<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, 32254, 32262, 32305, 32315, 32318, 32320, 32321, 32323, 32325, 32336, 32340, 32341, 32343, 32344, 32367, 32372, 32373, 32374, 32376, 32378, 32379, 32416			<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
32240, 32381, 32404, 32411, 32413, 32414			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32421			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologische Untersuchungen					
32426, 32435, 32437, 32439, 32441, 32448, 32449, 32450, 32455, 32462, 32463, 32465, 32474, 32478, 32495, 32497, 32498, 32499, 32502, 32504, 32508, 32510, 32520, 32521, 32522, 32523, 32524, 32525, 32526			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
32443, 32444, 32460, 32461, 32489, 32490, 32491, 32492, 32493, 32494, 32496, 32503, 32505			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppenserologische Untersuchungen					
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32555, 32556			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Infektionsimmunologische Untersuchungen					
32560, 32561, 32586, 32588, 32589, 32598, 32662, 32663		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32562, 32563, 32565, 32566, 32567, 32568, 32569, 32570, 32571, 32575, 32576, 32591, 32592, 32595, 32596, 32600, 32602, 32603, 32604, 32605, 32606, 32607, 32608, 32612, 32613, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32619, 32620, 32621, 32623, 32626, 32629, 32630, 32631, 32632, 32635, 32640, 32660, 32661, 32670		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Parasitologische Untersuchungen					
32680		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykologische Untersuchungen					
32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteriologische Untersuchungen					
32700, 32703, 32704, 32706, 32707, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32740, 32741, 32743, 32744, 32745, 32747, 32750, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Virologische Untersuchungen					
32780, 32781, 32782, 32783, 32784, 32785			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekularbiologische Untersuchungen					
32825, 32826, 32831, 32834, 32835, 32836, 32837, 32839, 32842, 32859, 32860, 32861, 32863			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschalldiagnostik					
Sonographie des Auges	33000		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Allgemeine immungenetische Untersuchungen					
32931			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32932			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33001, 33002	33001		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlen-Sonographie	33010		<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<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
Schilddrüsen-Sonographie	33012		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33020, 33021, 3022, 33023, 33030, 33031		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie*	<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 Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33062		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	33064		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33071		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße	33072		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<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 Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	33074		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie von Haut und Subkutis	33080		<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<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 weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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	33092		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Diagnostische Radiologie					
Übersichtsaufnahmen des Schädels	34210		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34211, 34212			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Myelographien(n)	34223		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34235, 34236, 34237, 34238			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34240, 34241, 34242			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und 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
34243, 34244, 34245			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34260, 34280, 34282			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34255, 34256, 34257			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34283, 34284, 34285, 34286, 34287			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
34291, 34292			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34294, 34295, 34296			<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, 34470, 34475, 34480, 34485, 34489, 34490, 34492			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	34500		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503		<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
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gesteuerte Intervention(en)	34505		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrie					
Osteodensitometrische Untersuchung I	34600		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrische Untersuchung II	34601		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Psychotherapie					
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Übende Interventionen, Einzelbehandlung	35111		<input type="checkbox"/> Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	35112		<input type="checkbox"/> Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET; PET/CT (¹⁸ F.Fluordesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z.B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonographie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz			<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 2 Nachweis von Mindestmengen

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr
mit rheumatologischen Erkrankungen

1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1 – Ergänzung Buchstabe b Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten 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.

