

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@kvs.a.de

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

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

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2015,
zuletzt geändert durch Beschluss vom 22.06.2018

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- Q87.4 Marfan-Syndrom und verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können, z.B.
- Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,
 - Loeys-Dietz-Syndrom

Allgemeine Hinweise:

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

1.) Personelle Anforderungen					
Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL.					
1.a) Angaben zur Teamleitung					
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, auch:					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes/IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, auch:					
Teammitglied			Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied*			Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* bitte benennen, sofern bereits bekannt

Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r*			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*			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r*			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r*			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r*			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r*			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r*			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r*			sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie als Teammitglied benannt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r*			sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie als Teammitglied benannt werden	<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*			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*			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*			sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r*			sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Teammitglied benannt werden	<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"/>

* bitte benennen, sofern bereits bekannt

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)	<input type="checkbox"/>

1 d.) Kooperation

1

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

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

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

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

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

Nachweise beifügen: Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung

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

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

2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)			
Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise in Kopie sind beigelegt
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen. (Feststellungsbescheid, § 108 SGB V)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine Bestimmung nach § 116 b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Marfan-Syndrom.	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: Barrierefreiheit	
Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben. (Nachweise sind beigefügt.)	<input type="checkbox"/>

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Möglichkeit der Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:	
Physiotherapie (namentliche Benennung/Nachweise sind beizufügen)	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (namentliche Benennung/Nachweise sind beizufügen):	<input type="checkbox"/>

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
--

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

Hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend.

4c) Dokumentationen (§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2k ASV-RL)	
Die Dokumentation wird so vorgenommen, dass eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung möglich ist. Die Diagnosestellung und leitenden Therapieentscheidungen werden im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen (es gilt der Facharztstatus); diese werden jeweils entsprechend dokumentiert.	<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	
1. In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 50 Patienten der unter 1) der Konkretisierung der Erkrankung genannten Indikationsgruppe mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>
2. Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 50 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
<p>3. Das Kernteam konnte in den letzten 12 Monaten keine 50 Patienten der unter 1) der Konkretisierung der Erkrankung genannten Indikationsgruppe mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 25 Patienten behandelt (Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal einem Jahr 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. 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 vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der Erweiterte Landesausschuss nach § 116 b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

Folgende entscheidungsrelevante Unterlagen für die benannten Ärztinnen/Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:	
- Urkunden über Facharztanerkennungen/Schwerpunktbezeichnungen/Zusatzweiterbildungen	<input type="checkbox"/>
- Nachweise für die besonderen Erfahrungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aller Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
- Kooperationsverträge	<input type="checkbox"/>
- Abrechnungsgenehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>
- aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
- Nachweise über regelmäßige Teilnahme an indikationsbezogenen Fortbildungen innerhalb der letzten 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
- weitere entscheidungsrelevante Unterlagen (z.B. Zeugnisse, soweit für die entsprechende Leistung keine Abrechnungsgenehmigung vorliegt)	<input type="checkbox"/>
- Nachweis von Mindestmengen (Anlage 2)	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zum Marfan-Syndrom bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zum Marfan-Syndrom 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
Videosprechstunde					
Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01439		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Langzeit-EKG-Vereinbarung						
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04241		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04322		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Kinderkardiologie	04410		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	04418		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie					
Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	04414		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	04416		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humangenetik					
11230, 11310, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322			<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiologische Gebührenordnungspositionen					
Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	13574		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Funktionsanalyse	13576		<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
Diagnostisch-internistische Gebührenordnungspositionen					
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	13252		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<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 Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale Kardiologie I und II	13545 13550		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator	13552		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<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"/>
Funktionsstörung der Hand, gem. 1. Anmerkung zur GOP 18330 EBM					
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	18330		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie	30200 30201		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<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"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemgymnastik Einzelbehandlung Gruppenbehandlung	30410 30411		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<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 mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Krankengymnastik Einzelbehandlung Gruppenbehandlung	30420 30421		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor-Richtlinie					
Klinisch-chemische Untersuchungen					
32242, 32247, 32293, 32305, 32318, 32320, 32321, 32323, 32325, 32340, 32341, 32343, 32352, 32385, 32386, 32404, 32411, 32413, 32421		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunologische Untersuchungen					
32435, 32460, 32463		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Blutgruppenserologische Untersuchungen					
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32556			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionsepidemiologische Untersuchungen					
32560, 32561, 32562, 32563, 32565, 32566, 32567, 32568, 32575, 32576, 32589, 32590, 32592, 32595, 32600, 32631, 32632			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykologische Untersuchungen					
32687, 32688, 32689, 32691			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakteriologische Untersuchungen					
32704, 32720, 32721, 32724, 32726, 32744, 32745, 32760, 32761, 32762, 32768, 32772, 32773			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekularbiologische Untersuchungen					
32839, 32842			<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
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"/>
Ultraschall-Biometrie des Auges	33001		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	33002		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<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
Echokardiographie (M-Mode und B-Mode-Verfahren)	33020		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppler-Echokardiographie (PW-/CW-Doppler)	33021		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<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-Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag TEE	33023		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<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
Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	33030		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit pharmainduzierter Stufenbelastung	33031		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<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
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/> Radiologie	<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"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<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 extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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"/> 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
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße	33072		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalorgans	33074		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Extremitätenvenen	33076		<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigelegt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Diagnostische Radiologie, Röntgenaufnahme					
34210, 34211, 34212			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme des knöchernen Thorax	34220		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme von Teilen der Wirbelsäule	34221		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<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
Aufnahme von Teilen der Wirbelsäule	34221		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme der gesamten Wirbelsäule	34222		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myelographie(n)	34223		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<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
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34240		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	34241		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Übersichtsaufnahme und Durchleuchtung der Brustorgane	34242		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34243, 34244, 34245			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtung(en) Schichtaufnahmen	34280		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtung(en) Schichtaufnahmen	34281		<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtung(en) Schichtaufnahmen	34282		<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
Gefäße					
34283, 34287			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie (GOP 34283)	01530		<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34284, 34285, 34286			<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<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
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie (GOP 34284, 34285, 34286)	01531		<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34290		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34291, 34292		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<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 für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie (GOP 34291)	01520		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie (GOP 34292)	01521		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computertomographie					
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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Kernspintomographie					
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRT-Angiographie					
34470, 34475, 34480, 34485, 34489, 34490, 34492			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteodensitometrie, Osteodensitometrische Untersuchung II	34601		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Telekonsil					
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	34800		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	34810		<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Psychosomatik					
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 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"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 Verfahren, Einzelbehandlung	35111		<input type="checkbox"/>	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"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	35112		<input type="checkbox"/>	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 Verfahren bei Kinder und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	35113		<input type="checkbox"/>	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"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 2

Nachweis von Mindestmengen

Marfan-Syndrom

Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2 Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

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

Ausnahmen von 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.

