

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

Geschäftsstelle:
Tel.-Nr.: 0391 627-6449/7449
Fax: 0391 627-8436
E-Mail: ela@kvsda.de

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

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

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

Zur Gruppe der Patienten mit Hämophilie im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden hereditären oder erworbenen Faktormangelzuständen und sonstigen Koagulopathien, sofern sie mit einer dauerhaft behandlungsbedürftigen Hypokoagulabilität verbunden sind:

- D 66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
- D 67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel
- D 68.0- Willebrand-Jürgens-Syndrom
- D 68.1 Hereditärer Faktor-XI-Mangel
- D 68.2- Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
- D 68.31 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
- D 68.32 Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
- D 68.38 Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
- D 68.4 Erworberner Mangel an Gerinnungsfaktoren
- D 68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D 69.1 Qualitative Thrombozytendefekte

Allgemeine Hinweise:

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

1.) Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Patienten mit Hämophilie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL.

1a) Angaben zur Teamleitung

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

- einen Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
- einen Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- einen Facharzt für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch

- ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie benannt werden.

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregrister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamleitung			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teamleitung			Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, alternativ:					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<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/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztreregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teammitglied			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Teamleitung Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, muss mindestens ein Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie und der Facharztweiterbildung Innere Medizin oder Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie Teil des Kernteam sein:					
Teammitglied			Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Teammitglied			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise im Arztreister der KVSA eingetragen	
und					
Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie verfügbar ist:					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise erbracht im Arztreregister der KVSA eingetragen	
Hinzuzuziehende/r			Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Allgemeinchirurgie	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)	<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"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise erbracht im Arztreregister 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			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich als Teammitglied benannt werden:					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d) Kooperation

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

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

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

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

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

Nachweise beifügen: Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung

1

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)

1

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

Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):

Anschrift:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

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

**3.) Anzeige zu den teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V
(ggf. wiederholen)**

Titel, Vorname, Name (Arzt bzw. Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 SGB V):

Anschrift:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

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

4.) Anforderungen an die Strukturqualität			
4a) Sächliche Anforderungen:			
Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:			
Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Zahnheilkunde	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"/>
und	
- einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.	<input type="checkbox"/>
- eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte besteht:	
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>
- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.	<input type="checkbox"/>
Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	
- die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht	<input type="checkbox"/>
- Gerinnungspräparate sind permanent verfügbar (räumliche und technische Ausstattung sind darzustellen).	<input type="checkbox"/>

4c) Dokumentationen (§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2k ASV-RL)	
Die Dokumentation ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteam s 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 sowie 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 erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung.			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Angabe der Namen der Teamleitung sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung in Druckbuchstaben: (Name, Praxis, Anschrift, sofern Leistungen an anderen Orten erbracht werden)			
Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.			

6a) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
<p>In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 30 Patienten mit schwerer Hämophilie (F VIII bzw. F IX <1% sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 30 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Das Kernteam konnten in den letzten 12 Monaten keine 30 Patienten mit schwerer Hämophilie mit gesicherter Diagnose behandeln. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesauschuss müssen mindestens 15 Patienten behandelt worden sein. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.</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 § 116b SGB V
 - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. der Beendigung der Berechtigung für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
 - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
 - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
 - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt.
 - Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
 - Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der Erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

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

Zustellungsvollmacht

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

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

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

Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Videosprechstunde					
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenter genetischen und/oder teratogenen Risiko gemäß ESA- Richtlinie	01841		<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)			
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt		
Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen								
Koloskopie	04514, 04515, 04518, 04520		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Humangenetik								
11230, 11233, 11234, 11235, 11301, 11302, 11303, 11400, 11401, 11511, 11512, 11513, 11518			<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Laboratoriumsmedizin								
12210			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12222, 12223, 12224			<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Internistische Gebührenordnungsposition								
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (Langzeit-EKG)	13250		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Koloskopie	13421, 13422, 13423, 13424		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)			
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt		
Physikalische Therapie								
Krankengymnastik	30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mikroskopische Untersuchungen								
32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32185, 32186, 32187			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gerinnungsuntersuchungen								
32203, 32205, 32206, 32207, 32208, 32210, 32211, 32212, 32213, 32214, 32215, 32216, 32217, 32218, 32219, 32220, 32221, 32222, 32223, 32224, 32227, 32228, 32229			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Klinisch-chemische Untersuchungen								
32232, 32233, 32237, 32244, 32247, 32248, 32254, 32305, 32306, 32308, 32314, 32320, 32321, 32325, 32367, 32372, 32373, 32374, 32403, 32404, 32414			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Immunologische Untersuchungen								
32435, 32437, 32439, 32441, 32449, 32460, 32463, 32503			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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"/>		

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)			
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt		
Infektionsimmunologische Untersuchungen							
32575, 32602, 32603, 32614, 32615, 32616, 32617, 32618, 32629, 32630, 32631, 32632, 32660, 32661, 32670, 32674		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mykologische Untersuchungen							
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bakteriologische Untersuchungen							
32700, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Virologische Untersuchungen							
32781, 32782, 32784, 32785		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Molekularbiologische Untersuchungen							
32823, 32827 32831, 32835, 32850, 32859		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Immungenetische Untersuchungen							
32935, 32937, 32939, 32940, 32941, 32942, 32943, 32945, 32946, 32947, 32948, 32949		<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)		
Ultraschalldiagnostik							
33010, 33011, 33012			<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonographie der Thoraxorgane	33040		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Mamma- Sonographie	33041		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Uro-Genital- Sonographie	33043		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<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"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie 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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie		<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"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie		<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie der Säuglingshüften	33051		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)		
Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	33052		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<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"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061		<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"/>	
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<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"/>	
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)		
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33074, 33075			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33076			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<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"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie	<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"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)			
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt		
Röntgenaufnahmen Diagnostische Radiologie							
34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34240, 34241, 34243, 34244, 34245		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Computertomographie							
34310, 34311, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MRT							
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MR-Angiographien							
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492		<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"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Übende Intervention, Einzelbehandlung	35111		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	35112		<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	35113		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anlage 2
Nachweis von Mindestmengen**

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Hämophilie

Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2 – Buchstabe c Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien

Das Kernteam muss mindestens 30 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 Patienten im Vorjahr maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteam im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden.

Ausnahmen von den Mindestmengen sind zulässig, soweit einzelne oder mehrere Mindestmengen bis zu einer Dauer von zwei Jahren um höchstens 50% unterschritten werden und konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden.

Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste sind beigefügt.

