

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

Geschäftsstelle:  
Tel.-Nr.:  
Fax:  
E-Mail:

0391 627-6449/7449  
0391 627-8436  
[ela@kvs.de](mailto:ela@kvs.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 zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),  
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 21. März 2013,  
zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 08.05.2024**

Zur Gruppe der Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- G40.- Epilepsie  
Bei G40.5 Spezielle epileptische Syndrome nur Epilepsia partialis continua (Kojewnikow-Syndrom)  
F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-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.

<b>1.) Personelle Anforderungen</b>					
Die Versorgung von Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL.					
<b>1a) Angaben zur Teamleitung</b>					
Die Leitung und Koordination des Teams sowie die Vertretung der Teamleitung erfolgen durch					
<ul style="list-style-type: none"> <li>einen Facharzt für Neurologie.</li> </ul>					
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch					
<ul style="list-style-type: none"> <li>ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie benannt werden.</li> </ul>					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, alternativ:</b>					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1b) Angaben zum Kernteam					
Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Teammitglied			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich:</b>					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sofern kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung oder den genannten Schwerpunkten verfügbar ist:</b>					
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 Arztregister der KVSA eingetragen
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			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztregister der KVSA eingetragen
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusätzlich kann als Teammitglied benannt werden:</b>					
Hinzuzuziehende/r			Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich als Teammitglied benannt werden:</b>					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Endokrinologie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1d) Kooperation**

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

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

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

---



---



---



---



---



---



---

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

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

**Nachweise beifügen:** Original oder Kopie der vertraglichen Vereinbarung

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

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

2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)			
Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			<b>Nachweise in Kopie sind beigefügt</b>
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen und darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen. (Feststellungsbescheid, § 108 SGB V)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			

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



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

<b>4b) Organisatorische Anforderungen:</b> Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen.	
<b>Die Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,</b>	
- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.	<input type="checkbox"/>
<b>und</b>	
- 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: - Neurologie Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
- die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht	<input type="checkbox"/>
- Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patienten werden bereitgehalten.	<input type="checkbox"/>

<b>4c) Dokumentationen (§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2k ASV-RL)</b>	
Die Dokumentation ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht. (Nachweis: Schilderung, auf welche Art die Dokumentation erfolgt und wie der Zugriff der berechtigten Ärzte sichergestellt wird)	<input type="checkbox"/>
Die Dokumentation stellt die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicher.	<input type="checkbox"/>
Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit) sind zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/>
Die Information des Patienten nach § 15 S. 2 ASV-RL wird dokumentiert.	<input type="checkbox"/>

<b>5.) Tätigkeitsort der spezialfachärztlichen Leistungen</b>			
Angabe der Adresse des Tätigkeitsortes in Druckbuchstaben:			
Das Team bietet die Leistungen zu folgenden Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) gemeinsam am oben angegebenen Ort:			
Montag	von:	Uhr	bis: Uhr
Dienstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Mittwoch	von:	Uhr	bis: Uhr
Donnerstag	von:	Uhr	bis: Uhr
Freitag	von:	Uhr	bis: Uhr
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 (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 erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.			

6a) Mindestmengen	Nachweise beigefügt
In den letzten 12 Monaten hat das Kernteam mindestens 110 Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt. Entsprechende Nachweise in Form einer anonymisierten Patientenliste (vergleiche Anlage 2) sind beigefügt.	<input type="checkbox"/>
Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 55 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
Bei ausschließlicher Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird keine Mindestmenge festgelegt.	<input type="checkbox"/>
<p>Das Kernteam konnten in den letzten 12 Monaten keine 55 Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesauschuss müssen mindestens 55 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/> <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 Erbringung stationäre Leistungen zu erbringen
  - bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen
  - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche
  - bei Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitglieds zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten und im Rahmen der Teilnahme an der ASV Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V stattfinden können.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
  - Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt.
  - Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.
  - Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
  - Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
  - Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der Erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

<b>Folgende entscheidungsrelevante Unterlagen für die benannten Ärzte sind in Kopie beigefügt, insbesondere:</b>	
- 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 zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) 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 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 Facharztbestätigen zu lassen.

**Zustellungsvollmacht**

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

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

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

## Anlage 1 – Appendix (Qualifikationsgebundene Leistungen)

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Videosprechstunde</b>					
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer/ therapeutischer Koronarangiographie	01520, 01521		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer/ Therapeutischer Angiographie	01530, 01531		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04241		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	04322		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie</b>					
04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Humangenetik</b>					
11230, 11233, 11234, 11235, 11301, 11302, 11303, 11501, 11502, 11503, 11508, 11511, 11512, 11513, 11517, 11518			<input type="checkbox"/> Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laboratoriumsmedizin</b>					
12210, 12220			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13252, 13253			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Kardiologie</b>					
Zusatzpauschale Kardiologie	13545		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse Herzschrittmacher	13571		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	13573		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	13574		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalyse CRT	13575		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	13576		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13571, 13573 und 13575	13577		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Therapie</b>					
Massagetherapie	30400		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Atemgymnastik	30410, 30411		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	30420, 30421		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mikroskopische Untersuchungen</b>						
32167, 32172, 32176, 32177, 32178, 32179, 32180, 32181, 32185, 32186, 32187			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gerinnungsuntersuchungen</b>						
32186, 32187, 32216, 32217, 32218, 32227			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Klinisch-chemische Untersuchungen</b>						
32232, 32233, 32237, 32242, 32244, 32247, 32248, 32254, 32271, 32278, 32305, 32306, 32307, 32308, 32314, 32318, 32320, 32321, 32325, 32342, 32355, 32367, 32372, 32373, 32403, 32404, 32413, 32414, 32421			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
			Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Immunologische Untersuchungen</b>				
32435, 32437, 32441, 32448, 32450, 32459, 32460, 32461, 32463, 32465, 32479, 32489, 32490, 32491, 32492, 32493, 32494, 32496, 32502, 32503, 32505, 32508		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionsimmunologische Untersuchungen</b>				
32574, 32586, 32588, 32589, 32592, 32594, 32595, 32596, 32598, 32600, 32601, 32602, 32603, 32604, 32610, 32611, 32621, 32622, 32623, 32624, 32625, 32628, 32629, 32630, 32631, 32632, 32633, 32662, 32663		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Parasitologische Untersuchungen</b>				
32680		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mykologische Untersuchungen</b>				
32685, 32686, 32687, 32688, 32689, 32690, 32691, 32692		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bakteriologische Untersuchungen</b>				
32700, 32704, 32705, 32706, 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32726, 32727, 32740, 32743, 32744, 32745, 32747, 32750, 32759, 32760, 32761, 32762, 32763, 32764, 32765, 32768, 32769, 32770, 32772, 32773, 32774, 32775, 32777		<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Virologische Untersuchungen</b>					
32785, 32786, 32787, 32788, 32789, 32790			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Molekularbiologische Untersuchungen</b>					
32800, 32801, 32802, 32803, 32805, 32806, 32807, 32808, 32825, 32830, 32834, 32837, 32851, 32852, 32853			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ultraschalldiagnostik</b>					
Schilddrüsen- Sonographie	33012		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie (M-Mode- und B- Mode-Verfahren)	33020		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Doppler- Echokardiographie (PW-/CW-Doppler)	33021		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex- Echokardiographie (Farbduplex)	33022		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag TEE	33023		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	33030		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie mit pharmakoinduzierter Stufenbelastung	33031		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie	33044		<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	33052		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33063		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	33071		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße	33072		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag für optische Führungshilfe	33091		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- und/oder Nervensonographie	33100		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Röntgenaufnahmen Diagnostische Radiologie</b>						
34210, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Serienangiographie, Zuschläge	34283, 34284, 34285, 34286, 34287		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	34290		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkatheteruntersuchung und Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	34291, 34292		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlebographie, Zuschlag Computergestützte Analyse	34294, 34295		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	34298		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Computertomographie</b>					
34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRT</b>					
34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MRT-Angiographien</b>					
34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Telekonsil</b>					
Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	34800		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	34810		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I und II	34820, 34821		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychosomatik</b>						
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<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"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	35112		<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Anlage 2 Nachweis von Mindestmengen**

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie)

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2 – Buchstabe c Ziffer 3.4 der ASV-Richtlinien**

Das Kernteam muss mindestens 110 Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

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



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

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

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

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