

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](mailto: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 Morbus Wilson,  
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 Morbus Wilson im Sinne der Richtlinie zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

E 83.0 Störungen des Kupferstoffwechsels

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 Morbus Wilson 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 und Gastroenterologie **oder**
- einen Facharzt für Neurologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch

- ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
- ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie benannt werden.

Funktion	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Nachweise	
				erbracht	im Arztreister der KVSA eingetragen
Teamleitung			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung*			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>					
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"/>
<b>oder</b>					
Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung der Teamleitung*			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<b>1b) Angaben zum Kernteam</b>					
<b>Funktion</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Nachweise</b>	
				<b>erbracht</b>	<b>im Arztregister der KVSA eingetragen</b>
Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>und</b>					
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>oder</b>					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem genannten Schwerpunkt oder der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist</b>					
Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Teammitglied			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>1c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b>					
<b>Funktion</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Nachweise erbracht</b>	
Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<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 Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Nephrologie	<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			Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<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"/>
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich als Teammitglied benannt werden</b>					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend- Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>und</b>					
Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie	<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"/>

**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>		
<b>Titel, Vorname, Name (Arzt bzw. Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 Abs. 2 SGB V):</b>		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Telefon:</b>		
<b>Fax:</b>		
<b>E-Mail:</b>		
<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</b>			
<b>Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:</b>			
Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>
Transplantationszentren (Leber)	namentliche Benennung:		<input type="checkbox"/>

<b>4b) Organisatorische Anforderungen</b>			
<b>Es wird sichergestellt, dass regelmäßig folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:</b>			
<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"/>

<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 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"/>

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

#### **6.) Mindestmengen: Keine**

## 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.

<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 Morbus Wilson bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu Morbus Wilson 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
<b>Videosprechstunde</b>					
Zuschlag Authentifizierung	01444		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Videosprechstunde	01450		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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"/>
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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- 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
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 Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen</b>						
Koloskopie	04514, 04515 04518, 04520		<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Humangenetik</b>						
11230, 11233, 11234, 11235, 11301, 11302, 11303, 11511, 11512, 11513, 11518			<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laboratoriumsmedizin</b>						
12210, 12222, 12223, 12224			<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Internistische Gebührenordnungsposition</b>						
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250		<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
<b>Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen</b>					
Koloskopie	13421, 13422, 13423, 13424		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pathologie</b>					
19210, 19310, 19312, 19314, 19320			<input type="checkbox"/> Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Therapie</b>					
Massagetherapie	30400		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik (Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung)	30420, 30421		<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mikroskopische Untersuchungen</b>					
32167			<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Funktionsuntersuchungen</b>					
32196, 32197			<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>Gerinnungsuntersuchungen</b>							
32206, 32210, 32211, 32212, 32213, 32214, 32215, 32216, 32217, 32218, 32219, 32220, 32221, 32222, 32223, 32224, 32228		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Klinisch-chemische Untersuchungen</b>							
32232, 32233, 32237, 32244, 32245, 32247, 32248, 32254, 32277, 32305, 32306, 32320, 32321, 32325, 32372, 32373, 32377, 32403, 32404, 32414		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Immunologische Untersuchungen</b>							
32435, 32437, 32439, 32440, 32441, 32448, 32449, 32450, 32460, 32463		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Blutgruppenserologische Untersuchungen</b>							
32540, 32541, 32542, 32543, 32544, 32545, 32546, 32550, 32551, 32552, 32553, 32554, 32556		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Molekularbiologische Untersuchungen</b>							
32818, 32820, 32845, 32846, 32847		<input type="checkbox"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Inhalt EBM-Nummern	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)	
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
<b>Ultraschalldiagnostik</b>					
Sonographie des Auges	33000		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Biometrie des Auges	33001		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	33002		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominelle Sonographie	33042		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Uro-Genital-Sonographie	33043		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	33046		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>			
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<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
Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	33073		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschlag Farbduplex	33075		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer		Nachweise (bitte ankreuzen)	
					Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt
Sonographie weiterer Organe oder Organteile	33081		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<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 und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<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 und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhalt EBM-Nummer	EBM-Nummer	Leistungserbringer (Name)	Fachrichtung Leistungserbringer	Nachweise (bitte ankreuzen)		
				Genehmigung durch KVSA erteilt	Unterlagen beigefügt	
Zuschlag für optische Führungshilfe	33092		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Röntgenaufnahmen Diagnostische Radiologie</b>						
34221, 34222, 34230, 34231, 34233, 34234, 34237, 34240, 34241, 34243, 34244, 34245, 34250, 34260			<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Computertomographie</b>						
34310, 34311, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345			<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		
<b>MRT</b>								
34410, 34411, 34430, 34440, 34441, 34452			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>MRT-Angiographien</b>								
34485			<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteodensitometrische Untersuchung I und II	34600, 34601		<input type="checkbox"/>	Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Psychosomatik</b>								
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100		<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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 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"/>
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110		<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Gastroenterologie	<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"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> 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 Intervention, Einzelbehandlung	35111		<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotheapie		<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 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"/>
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"/>