

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

TBC/ \_\_\_\_\_

**Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V****1. Gegenstand der Anzeige:** Tuberkulose/atypische Mykobakteriose**2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):** Krankenhaus Vertragsarzt\* Medizinisches Versorgungszentrum/ Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ Institutskennzeichen: \_\_\_\_\_

Sofern der Anzeigsteller ein Krankenhaus ist:

Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.

Ja Nein 

Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Tuberkulose.

Ja Nein 

\* Im Interesse der Lesbarkeit wurde in den Anzeigeformularen auf geschlechtsbezogene Doppelnennungen verzichtet und die männliche Form verwendet.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

**3. beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):**

- Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)
- Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen
- Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV
- Teil E Einverständniserklärung
- Teil F Nachweis von Mindestmengen

**4. Beginn der Teilnahme an der ASV ist vorgesehen ab dem:** \_\_\_\_\_  
Tag/Monat/Jahr

**5. Unterzeichnung:**

Name: \_\_\_\_\_

Stempel/ Unterschrift:

Datum: \_\_\_\_\_

**Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:**

- Ja                       Nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

**6. Weitere Anzeigsteller:**

**a) Anzeige weiterer teilnehmender Krankenhäuser**

<b>Genaue Bezeichnung:</b>		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Tuberkulose.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Name: \_\_\_\_\_

Stempel/ Unterschrift:

Datum: \_\_\_\_\_

**Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:**

Ja
  Nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

**b) Anzeige der teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 402 Abs. 2 SGB V**

Name, Vorname (Vertragsarzt bzw. des Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 402 Abs. 2 SGB V):	
Anschrift:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
LANR:	
BSNR:	
BSNR (Nebenbetriebsstätten):	

Name: \_\_\_\_\_

Stempel/ Unterschrift:

Datum: \_\_\_\_\_

**Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:**

Ja

Nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

**7. Bevollmächtigung eines Anzeigenden (ASV-Berechtigten) zum Bevollmächtigten gemäß § 13 SGB X sowie zur Entgegennahme von Bescheiden des eLA gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 SGB X:**

Zeigen mehrere Anzeigsteller (ASV-Berechtigte) gemäß § 2 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL ihre gemeinsame Teilnahme an, sollen sie dem eLA gegenüber einen von ihnen als Bevollmächtigten bestellen, der gemäß § 13 SGB X ermächtigt ist, im Rahmen der Prüfung ihrer Berechtigung durch den eLA Verfahrenshandlungen vorzunehmen sowie gegenüber dem der eLA gemäß § 37 SGB X seine Bescheide bekanntgeben kann.

**Bevollmächtigter:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift aller weiteren Anzeigsteller:**

Name/ Einrichtung:

Unterschrift:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

TBC/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## Teil A

### Personelle Anforderungen - Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Teamleitung		LANR	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
<b>oder</b>				
Teamleitung		LANR	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

Sofern ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ benannt werden:				
Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Pneumologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Pneumologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

b) Angaben zum Kernteam				
Sofern Teamleitung Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, ist mindestens ein weiterer Facharzt zu benennen:				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennezeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Teammitglied		LANR	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
<b>oder</b>				
Teammitglied		LANR	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Sofern Teamleitung Facharzt für Innere Medizin mit ZW Infektiologie, ist ein weiterer Facharzt zu benennen:				
Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

<b>b) Angaben zum Kernteam</b>				
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR BSNR Institutskennezeichen</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>geeignete Nachweise beigefügt</b>
Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Pneumologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Pneumologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

\*\* Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Urologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Urologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Orthopädie und Unfallchirurgie/ Orthopädie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Orthopädie und Unfallchirurgie/ Orthopädie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\* optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\* optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

<b>c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b>				
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich benannt werden:</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR BSNR Institutskennzeichen</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>geeignete Nachweise beigefügt</b>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>				
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>

<b>Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch, z. B. regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechung:</b>

\* optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

TBC/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## **Teil B      sächliche und organisatorische Anforderungen**

- Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### **1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen**

geeignete  
Nachweise beigelegt

Soziale Dienste (Dienste bitte benennen):

---

---

---

Physiotherapie (Praxis bitte benennen):

---

---

---

### **2. weitere organisatorische Anforderungen:**

Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadonsubstitution,  
zur HIV-/AIDS-Behandlung bestehen (Möglichkeiten bitte  
benennen):

---

---

---

Räumliche Trennung von Patienten mit offener Tuberkulose bzw.  
nachgewiesener Multiresistenz wird gewährleistet (Bitte  
räumliche Vorkehrungen benennen):

---

---

---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

3. **Behindertengerechter Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung werden von allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams gewährleistet**

ja nein 

Bemerkungen:

---

---

---

4. **Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar**

ja nein 

Bemerkungen:

---

---

---

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Aktenzeichen:

TBC/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- Tuberkulose/atypische Mykobakteriose**Kernteam****FA für Innere Medizin und Pneumologie**

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### Kernteam

#### FA für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie ( Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### Kernteam

#### FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegenden zu den GOPen 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntG

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### Kernteam

#### FA für Kinder- und Jugendmedizin

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegenden zu den GOPen 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## **Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**

- Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### **Hinzuzuziehende Fachärzte**

#### **FA für Innere Medizin und Gastroenterologie**

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **FA für HNO-Heilkunde**

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung nach Nummern 5.1 bis 5.4 zur Bestimmung otoakustischer Emissionen (Otoakustik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegenden zu den GOPen 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Radiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Computertomographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### FA für Laboratoriumsmedizin

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Urologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### FA für Neurologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Tuberkulose/atypische Mykobakteriose

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie ( Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntg

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

TBC/ \_\_\_\_\_

## **Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV - Tuberkulose/atypische Mykobakteriose**

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung Tuberkulose/atypische Mykobakteriose sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Die spezialfachärztlichen Leistungen des Kernteams werden am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten.
- Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung.
- Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren. 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.
- Es ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Nach vier Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose oder zur Chemoprophylaxe/Chemoprävention erfolgen.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs und nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Anzeigepflichten:

- Eine Vertretung der Mitglieder erfolgt nur durch Fachärzte, welche die in der ASV-Richtlinie des G-BA normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen; Vertretungen, die länger als eine Woche dauern, werden dem Erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVT und der LKHG Thüringen durch die Teamleitung gemeldet.
- Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehende Fachärzte) ausscheidet, ist dies dem Erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss nach § 116 b Abs. 3 Satz 1 SGB V ein neues Mitglied zu benennen.
- Der Wegfall einzelner Voraussetzungen der ASV-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Es ist bekannt, dass der Erweiterte Landesausschuss berechtigt ist, einen an der ASV 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 ASV weiterhin erfüllt werden.

## Hinweise auf weitere Pflichten:

- Auf Verlangen des Patienten hat eine Aktualisierung und, sofern der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von **Medikationsplänen** nach § 31a SGB V in Papierform zu erfolgen. Der Patient ist bei Verordnung eines Arzneimittels über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und der ASV zu informieren.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird ermöglicht.
- Mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.
- Die Patienten werden mit ihrem Einverständnis bei Erstkontakt mit der ASV umfassend und in für diese verständlicher Weise über das Versorgungsangebot der ASV, über das interdisziplinäre Team, über die Behandlungsmaßnahmen und -ziele und das betreffende Leistungsspektrum informiert und behandelt.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
--------------------------	---

## Anzeigsteller:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Teamleitung:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
--------------------------	---

## Kernteam:

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
--------------------------	---

## Hinzuzuziehende Ärzte:

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

TBC/ \_\_\_\_\_

## **Teil E Einverständniserklärung**

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV \_\_\_\_\_ geführte Arztregisterakte und die Akten zu den Genehmigungsverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, die für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach der ASV-Richtlinie notwendig sind, durch die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

LANR:

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

---

dass ich in die elektronische Verarbeitung meiner mich betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anzeigebearbeitung aller Anzeigen und Überwachung des Fortbestehens der Anforderungen im Rahmen der ASV bei der Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses für den Zeitraum der Anzeigenprüfung und meiner tatsächlichen Teilnahme an der ASV einverstanden bin. Ohne meine ausdrückliche Zustimmung dürfen keine Daten an Dritte weitergegeben werden. Sollte ich kein Mitglied eines ASV-Teams mehr sein, werden alle meine Daten sofort gelöscht.

### Hinweis

Sollte kein Einverständnis über die elektronische Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegen, sind mit jeder Anzeige alle Urkunden und weiteren Nachweise erneut vorzulegen.

### Rechte

Es besteht jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die Verarbeitung der meine Person betreffenden personenbezogenen Daten sowie das Recht zur Berichtigung, zur Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Es kann jederzeit ohne Angaben von Gründen vom Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht werden und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Thüringen übermittelt werden.

Es besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 900455  
99107 Erfurt

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter der  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
e-Mail: [datenschutz@kvt.de](mailto:datenschutz@kvt.de)

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

TBC/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## **Teil F Nachweis von Mindestmengen** Tuberkulose/ atypische Mykobakteriose

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2a) Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie**

Die Mitglieder des Kernteams einschließlich der Teamleitung müssen insgesamt mindestens 20 Patienten der in Anlage 2a) der ASV-RL unter Nummer 1. Konkretisierung der Erkrankung genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt haben.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige maßgeblich, die zu den in der Anlage 2a) der ASV-RL bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, in der integrierten nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden. Dabei wird die Behandlung eines Patienten durch mehrere Mitglieder nicht mehrfach gezählt. Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim Erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

### **2. Nachweis über die Erfüllung der Mindestmengen der Mitglieder des Kernteams:**

Das Kernteam einschließlich der Teamleitung hat im Vorjahr dieser Anzeige insgesamt mindestens 20 Patienten der in Anlage 2a) Nummer 1 der ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt hat.

Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (anhand des unten stehenden Musters) beigefügt.

Muster Patientenliste:

Fall-Nr.	Diagnose	Behandlungszeitraum	Behandelnder Arzt
1			
2			

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Die Mindestmengen (insgesamt mindestens 20) sind erfüllt:

Ja

Nein: Behandlungszahl: \_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ % (mindestens 50%)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Teamleitung): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) \_\_\_\_\_

**Kernteam****Facharzt für Innere Medizin und ZW Infektiologie**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG	13250	
Koloskopie	13421	
Koloskopie	13422	
Koloskopie	13423	
Koloskopie	13424	
Ultraschalldiagnostik	33011	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Telekonsil	34800	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 33042	33046		
zu 33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33040/33081	33091		
zu 33042	33092		



**Kernteam**

**Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG	13250	
Röntgendiagnostik	13663	
Ultraschall diagnostik	33011	
Ultraschall diagnostik	33040	
Ultraschall diagnostik	33042	
Ultraschall diagnostik	33050	
Ultraschall diagnostik	33073	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Telekonsil	34800	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
B-Modus	33081
zu 33040/33042/33081	33090
zu 33040/33081	33091
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Kernteam**

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
Langzeit-EKG	04241	
Langzeit-EKG	04322	
Audiometrie	04335	
Ultraschalldiagnostik	33011	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Telekonsil	34800	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33073	33075
B-Modus	33081
zu 33040/33043/33081	33090
zu 33040/33081	33091
zu 33043/33044	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Kernteam****Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder-Pneumologie**

Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
Langzeit-EKG	04241	
Langzeit-EKG	04322	
Audiometrie	04335	
Ultraschalldiagnostik	33011	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Telekonsil	34800	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33073	33075
B-Modus	33081
zu 33040/33042/33043/33081	33090
zu 33040/33081	33091
zu 33043/33044	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Kernteam**

**Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Speziallabor*	32163	
	bis*	
	32858	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		

\*gemäß Appendix

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für HNO-Heilkunde**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Audiometrie	09320	
Otoakustik	09324	
Audiometrie	09327	
Audiometrie	09336	
Ultraschalldiagnostik	33011	

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	02321	
Koloskopie	13421	
Koloskopie	13422	
Koloskopie	13423	
Koloskopie	13424	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33073	

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

<b>Zuschlagsziffern</b>	<b>GOP</b>
zu 33042	33046
zu 33073	33075
zu 33042	33090
zu 33042	33092

<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01450	
Ultraschalldiagnostik	33052	

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder-Gastroenterologie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Koloskopie	04514	
Koloskopie	04515	
Koloskopie	04518	
Koloskopie	04520	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33073	

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

<b>Zuschlagsziffern</b>	<b>GOP</b>
zu 33042	33046
zu 33073	33075
zu 33042	33090
zu 33042	33092

<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>



**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Laboratoriumsmedizin**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Speziallabor*	32163	
	bis*	
	32858	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		

\*gemäß Appendix

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Neurologie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33050	
Röntgendiagnostik	34210	
Röntgendiagnostik	34220	
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34232	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	
Röntgendiagnostik	34235	
Röntgendiagnostik	34236	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34280	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		



Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
CT	34345	
CT	34350	
CT	34351	
Kernspintomographie	34410	
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34420	
Kernspintomographie	34421	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
Kernspintomographie	34450	
Kernspintomographie	34451	
Kernspintomographie	34452	
Telekonsil	34800	
Telekonsil	34810	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
B-Modus	33081
zu 33040/33042/33043/33081	33090
zu 33040/33081	33091
zu 33042/33043/33044	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Urologie**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	02321	
ambulantes Operieren	26310	
ambulantes Operieren	26311	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Röntgendiagnostik	34255	
Röntgendiagnostik	34256	
Röntgendiagnostik	34257	
Röntgendiagnostik	34260	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33043	33090
zu 33043	33092

Prüfung GS	Hinweise

**- zum Verbleib beim Anzeigsteller -**

**Übersicht aller GOPen, die mit QS-Bestimmungen hinterlegt sind**

Alle GOPen müssen von mindestens einem Facharzt nachgewiesen sein. Diese Übersicht kann zur eigenen Gegenkontrolle genutzt werden.

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	<b>erfüllt durch</b>
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG (KiJu)	04241	
Langzeit-EKG (KiJu)	04322	
Audiometrie	04335	
Koloskopie (KiJu)	04514	
Koloskopie (KiJu)	04515	
Koloskopie (KiJu)	04518	
Koloskopie (KiJu)	04520	
Audiometrie	09320	
Otoakustik	09324	
Audiometrie	09327	
Audiometrie	09336	
Langzeit-EKG	13250	
Koloskopie	13421	
Koloskopie	13422	
Koloskopie	13423	
Koloskopie	13424	
Röntgendiagnostik	13663	
ambulantes Operieren	26310	
ambulantes Operieren	26311	
Speziallabor	von	32163
Speziallabor	bis	32858
Ultraschalldiagnostik	33011	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33081	
Röntgendiagnostik	34210	
Röntgendiagnostik	34220	
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34231	
Röntgendiagnostik	34232	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	<b>erfüllt durch</b>
Röntgendiagnostik	34235	
Röntgendiagnostik	34236	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Röntgendiagnostik	34255	
Röntgendiagnostik	34256	
Röntgendiagnostik	34257	
Röntgendiagnostik	34260	
Röntgendiagnostik	34280	
CT	34310	
CT	34311	
CT	34312	
CT	34320	
CT	34321	
CT	34322	
CT	34330	
CT	34340	
CT	34341	
CT	34342	
CT	34343	
CT	34344	
CT	34345	
CT	34350	
CT	34351	
Kernspintomographie	34410	
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34420	
Kernspintomographie	34421	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
Kernspintomographie	34450	
Kernspintomographie	34451	
Kernspintomographie	34452	
Telekonsil	34800	
Telekonsil	34810	