ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:
Hämo/_____

Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V

1. **Gegenstand der Anzeige:** Hämophilie

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 Anzeigesteller 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 Hämophilie.	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 Anzeigesteller:

a) Anzeige weiterer teilnehmender Krankenhäuser

Genaue Bezeichnung:		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja ☐	Nein ☐
Es bestand eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Hämophilie	Ja ☐	Nein ☐

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

Vorname, Name (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: _____

Datum:_____

Stempel/ Unterschrift:

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 Anzeigesteller (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 Anzeigesteller:

Name/ Einrichtung:	Unterschrift:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:
Hämo/_____

Teil A

Personelle Anforderungen - Hämophilie

a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**LANR BSNR Institutskennzeichen**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐
Vertretung der Teamleitung*		LANR BSNR IK	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐
oder				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐
Vertretung der Teamleitung*		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐
oder				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐
Vertretung der Teamleitung*		LANR BSNR IK	Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**LANR BSNR Institutskennzeichen**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz -Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Sofern ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ benannt werden:				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐
Vertretung der Teamleitung*		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

b) Angaben zum Kernteam				
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**LANR BSNR Institutskennzeichen**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **oder** Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **oder** Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐ ☐ ☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **oder** Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **oder** Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐ ☐ ☐
und				
Teammitglied		LANR BSNR IK	Orthopädie und Unfallchirurgie	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Orthopädie und Unfallchirurgie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

b) Angaben zum Kernteam				
Funktion:	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**LANR BSNR Institutskennzeichen**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Sofern Teamleitung Facharzt für Transfusionsmedizin ist mindestens ein weiterer Facharzt zu benennen:				
Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **oder** Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐ ☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **oder** Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	☐ ☐

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:				
Teammitglied		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**	☐

*optional
** Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung 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 BSNR IK	Allgemeinchirurgie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Allgemeinchirurgie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Humangenetik	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Humangenetik	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Gastroenterologie**	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Gastroenterologie**	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Laboratoriumsmedizin	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Laboratoriumsmedizin	☐

*optional
** sofern nicht im Kernteam vertreten

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 BSNR IK	Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Ärztlicher Psychotherapeut **oder** Psychologischer Psychotherapeut	☐ ☐ ☐ ☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Ärztlicher Psychotherapeut **oder** Psychologischer Psychotherapeut	☐ ☐ ☐ ☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Radiologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Radiologie	☐

*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**
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:				
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	☐
oder				
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut	☐
oder				
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	☐

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

_____

_____

_____

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:
Hämo/_____

Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen

- Hämophilie

1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

geeignete Nachweise beigefügt

Soziale Dienste (Dienste bitte benennen): ☐

_____
_____
_____

Physiotherapie (Praxis bitte benennen): ☐

_____
_____
_____

2. Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin

geeignete Nachweise beigefügt

Zahnheilkunde (vertragliche Vereinbarung erforderlich) ☐

_____
_____
_____

3. 24-Stunden-Notfallversorgung

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **ja** ☐ **nein** ☐
- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **ja** ☐ **nein** ☐
- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie **ja** ☐ **nein** ☐

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfalllabor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Diese muss in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort des Teamleiters erreichbar sein.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

4. Folgende räumliche und technische Ausstattung wird vorgehalten

- Permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten **ja** ☐ **nein** ☐

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

ja ☐

nein ☐

Bemerkungen:

_____
_____
_____

6. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. Für das Kernteam gelten hierbei in der Regel 30 Minuten als angemessen.

ja ☐

nein ☐

Bemerkungen:

_____
_____
_____

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift: _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:
Hämo/_____

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Hämophilie

Kernteam

FA für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)***	☐	☐

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren
***Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Hämophilie

Kernteam

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie/ FA für Kinder- und Jugendmedizin

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Transfusionsmedizin und Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen
**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

- Hämophilie

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Allgemeinchirurgie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für HNO-Heilkunde

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Humangenetik

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Molekulargenetik)	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen
** 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

- Hämophilie

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	☐	☐
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
- Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)***	☐	☐

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	☐	☐

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

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

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren
***Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Hämophilie

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Radiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Computertomographie)***	☐	☐
– Punkt 4 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Kernspintomographie)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	☐	☐

*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen
**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren
***Nachweis auch über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im KHEntgG möglich

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Hämo/_____

Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV – Hämophilie

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung Hämophilie 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 vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. Für das Kernteam gelten hierbei in der Regel 30 Minuten als angemessen.
- 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. 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.
- Diagnostik und Behandlung (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit) werden dokumentiert.
- Es ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. 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 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 der Erfüllung 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 krankenhausrechtlichen 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

☐	**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.**

☐	**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.**

Anzeigesteller:

Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Teamleitung:

Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

☐	**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.**

☐	**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.**

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.

☐	**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.**

☐	**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.**

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:

Hämo/_____

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

Datum, Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Hämo/_____

Teil F Nachweis von Mindestmengen – Hämophilie

1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2c) Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie

Die Mitglieder des Kernteams einschließlich der Teamleitung müssen insgesamt mindestens 30 Patienten mit schwerer Hämophilie (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandeln.

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 2c) der ASV-RL bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden. 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 in den letzten 12 Monaten vor dieser Anzeige insgesamt mindestens 30 Patienten der in Anlage 2c) Nummer 1 der ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt.

☐ 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 30) sind erfüllt:

☐ Ja

☐ Nein: Behandlungszahl: _____ = _____ % (mindestens 50%)

Ort, Datum: _____ Unterschrift (Teamleitung): _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams):_____

Ort, Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams):_____

Ort, Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams):_____

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin mit ZW Hämostaseologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13250					
Koloskopie	13421					
Koloskopie	13422					
Koloskopie	13423					
Koloskopie	13424					
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33050					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33043/33081	33090		
zu 33040/33081	33091		
zu 33042/33043	33092		

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit ZW Hämostaseologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13250					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33050					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33043/33081	33090		
zu 33040/33081	33091		
zu 33042/33043	33092		

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33043/33081	33090		
zu 33040/33081	33091		
zu 33042/33043	33092		

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und ZW Hämostaseologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden: *füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 33042	33046		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33043/33081	33090		
zu 33040/33081	33091		
zu 33042/33043	33092		

Kernteam

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
B-Modus	33081		
zu 33081	33090		
zu 33081	33091		

Kernteam

Facharzt für Transfusionsmedizin und ZW Hämostaseologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Speziallabor	32540					
Speziallabor	32541					
Speziallabor	32542					
Speziallabor	32543					
Speziallabor	32544					
Speziallabor	32545					
Speziallabor	32546					
Speziallabor	32550					
Speziallabor	32551					
Speziallabor	32552					
Speziallabor	32553					
Speziallabor	32554					
Speziallabor	32556					
Speziallabor	32935					
Speziallabor	32937					
Speziallabor	32939					
Speziallabor	32940					
Speziallabor	32941					
Speziallabor	32942					
Speziallabor	32943					
Speziallabor	32945					
Speziallabor	32946					
Speziallabor	32947					
Speziallabor	32948					
Speziallabor	32949					

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Allgemeinchirurgie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
Ultraschalldiagnostik	33041					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33044					
Ultraschalldiagnostik	33074					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33074	33075		
zu 33042/33043	33090		
zu 33041	33091		
zu 33042/33043/33044	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für HNO-Heilkunde

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
B-Modus	33081		
zu 33081	33090		
zu 33012/33081	33091		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Humangenetik

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Molekulargenetik	11400					
Molekulargenetik	11401					

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Koloskopie	13421					
Koloskopie	13422					
Koloskopie	13423					
Koloskopie	13424					
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33040/33042/33043	33090		
zu 33040	33091		
zu 33042/33043	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

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

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Koloskopie (KiJu)	04514					
Koloskopie (KiJu)	04515					
Koloskopie (KiJu)	04518					
Koloskopie (KiJu)	04520					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33040/33042/33043	33090		
zu 33040	33091		
zu 33042/33043	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Speziallabor*	32176 bis 32949					

*gemäß Appendix

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Radiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33041					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33044					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33051					
Ultraschalldiagnostik	33052					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33062					
Ultraschalldiagnostik	33063					
Ultraschalldiagnostik	33064					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33074					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34210					
Röntgendiagnostik	34211					
Röntgendiagnostik	34212					
Röntgendiagnostik	34220					
Röntgendiagnostik	34221					
Röntgendiagnostik	34222					
Röntgendiagnostik	34230					
Röntgendiagnostik	34231					
Röntgendiagnostik	34232					
Röntgendiagnostik	34233					
Röntgendiagnostik	34234					
Röntgendiagnostik	34237					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34243					
Röntgendiagnostik	34244					
Röntgendiagnostik	34245					
CT	34310					
CT	34311					
CT	34320					

Facharzt für Radiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden: *füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
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					
MR-Angiographie	34470					
MR-Angiographie	34475					
MR-Angiographie	34480					
MR-Angiographie	34485					
MR-Angiographie	34486					
MR-Angiographie	34489					
MR-Angiographie	34490					
MR-Angiographie	34492					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 33042	33046		
zu 33070/33072/33073/33074	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33043/33081	33090		
zu 33012/33040/33041/33081	33091		
zu 33042/33043/33044	33092		

- zum Verbleib beim Anzeigesteller -

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.

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
ambulantes Operieren	02321	
Koloskopie (KiJu)	04514	
Koloskopie (KiJu)	04515	
Koloskopie (KiJu)	04518	
Koloskopie (KiJu)	04520	
Molekulargenetik	11400	
Molekulargenetik	11401	
Langzeit-EKG	13250	
Koloskopie	13421	
Koloskopie	13422	
Koloskopie	13423	
Koloskopie	13424	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Speziallabor von	32176	
Speziallabor bis	32949	
Ultraschalldiagnostik	33010	
Ultraschalldiagnostik	33011	
Ultraschalldiagnostik	33012	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33041	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33051	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33061	
Ultraschalldiagnostik	33062	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33064	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33072	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33074	
Ultraschalldiagnostik	33076	
Ultraschalldiagnostik	33081	
Röntgendiagnostik	34210	
Röntgendiagnostik	34211	
Röntgendiagnostik	34212	
Röntgendiagnostik	34220	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34231	
Röntgendiagnostik	34232	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
CT	34310	
CT	34311	
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	
MR-Angiographie	34470	
MR-Angiographie	34475	
MR-Angiographie	34480	
MR-Angiographie	34485	
MR-Angiographie	34486	
MR-Angiographie	34489	
MR-Angiographie	34490	
MR-Angiographie	34492	