

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Sarko/\_\_\_\_\_

**Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V****1. Gegenstand der Anzeige: Sarkoidose****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 

\*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"/> |

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<br>(Vertragsarzt bzw. des Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 402 Abs. 2 SGB V): |  |
| Anschrift:  |  |
| Telefon:  |  |
| Fax:  |  |
| E-Mail:   |  |
| LANR:   |  |
| BSNR:   |  |
| BSNR<br>(Nebenbetriebsstätten):   |  |
|   |  |
|   |  |

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

Stempel/ Unterschrift:

|  |
|--|
|  |
|--|

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

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

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 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

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Sarko/\_\_\_\_\_

**Teil A****Personelle Anforderungen - Sarkoidose**

| <b>a) Angaben zur Teamleitung</b>   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <b>Funktion:</b>  | <b>Titel, Vorname, Name<br/>Praxisanschrift/<br/>Krankenhausanschrift</b> | <b>LANR<br/>BSNR<br/>Institutskennzeichen</b> | <b>Fachgebietsbezeichnung<br/>mit Schwerpunkt/<br/>Zusatz-Weiterbildung</b>   | <b>geeignete<br/>Nachweise<br/>beigefügt</b> |
| Teamleitung   |   | LANR  | Innere Medizin und<br>Pneumologie<br><b>oder</b><br>Innere Medizin und<br>Rheumatologie   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | IK  |   | <input type="checkbox"/>                     |
| Vertretung* der<br>Teamleitung  |   | LANR  | Innere Medizin und<br>Pneumologie<br><b>oder</b><br>Innere Medizin und<br>Rheumatologie   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | IK  |   | <input type="checkbox"/>                     |
| <b>Sofern ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ benannt werden:</b> |   |   |   |  |
| Teamleitung   |   | LANR  | Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Zusatz-Weiterbildung Kinder-<br>und Jugend-Pneumologie<br><b>oder</b><br>Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Zusatz-Weiterbildung Kinder-<br>und Jugend-Rheumatologie | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | IK  |   | <input type="checkbox"/>                     |
| Vertretung* der<br>Teamleitung  |   | LANR  | Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Zusatz-Weiterbildung Kinder-<br>und Jugend-Pneumologie<br><b>oder</b><br>Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Zusatz-Weiterbildung Kinder-<br>und Jugend-Rheumatologie | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | BSNR  |   | <input type="checkbox"/>                     |
|   |   | IK  |   | <input type="checkbox"/>                     |

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

\* optional

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

| c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten |   |                                       |  |                                     |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Funktion:                                     | Titel, Vorname, Name<br>(bei einer institutionellen<br>Benennung Name der<br>Institution)<br>Praxisanschrift/<br>Krankenhausanschrift | LANR<br>BSNR<br>Institutskennezeichen | Fachgebietsbezeichnung mit<br>Schwerpunkt/<br>Zusatz-Weiterbildung | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Augenheilkunde   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Augenheilkunde   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Haut-und Geschlechts-<br>krankheiten                               | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Haut-und Geschlechts-<br>krankheiten                               | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                            | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie                            | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Innere Medizin und<br>Kardiologie                                  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Innere Medizin und<br>Kardiologie                                  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Laboratoriums-<br>medizin  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Laboratoriums-<br>medizin  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Neurologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Neurologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |

\* optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

| c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten |   |                                       |  |                                     |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Funktion:                                     | Titel, Vorname, Name<br>(bei einer institutionellen<br>Benennung Name der<br>Institution)<br>Praxisanschrift/<br>Krankenhausanschrift | LANR<br>BSNR<br>Institutskennezeichen | Fachgebietsbezeichnung mit<br>Schwerpunkt/<br>Zusatz-Weiterbildung | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Nuklearmedizin   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Nuklearmedizin   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Pathologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Pathologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Psychiatrie und Psychotherapie                                     | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  | <b>oder</b><br>Psychosomatische Medizin<br>und Psychotherapie      | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | IK                                    | <b>oder</b><br>Psychologischer<br>Psychotherapeut                  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   |                                       | <b>oder</b><br>Ärztlicher Psychotherapeut                          | <input type="checkbox"/>            |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Psychiatrie und Psychotherapie                                     | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  | <b>oder</b><br>Psychosomatische Medizin<br>und Psychotherapie      | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | IK                                    | <b>oder</b><br>Psychologischer<br>Psychotherapeut                  | <input type="checkbox"/>            |
|   |   |                                       | <b>oder</b><br>Ärztlicher Psychotherapeut                          | <input type="checkbox"/>            |
| Hinzuzuziehender                              |   | LANR                                  | Radiologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender               |   | LANR                                  | Radiologie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |   | BSNR                                  |  |                                     |
|   |   | IK                                    |  |                                     |

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

| Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich benannt werden: |  |                                       |   |                                     |
|---|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Funktion:   | Titel, Vorname, Name<br>Praxisanschrift/<br>Krankenhausanschrift | LANR<br>BSNR<br>Institutskennezeichen | Fachgebietsbezeichnung<br>mit Schwerpunkt/<br>Zusatz-Weiterbildung  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt |
| Hinzuzuziehender  |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendpsychiatrie<br>und psychotherapie<br><b>oder</b><br>Kinder und<br>Jugendlichenpsychotherapeut | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender   |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendpsychiatrie<br>und psychotherapie<br><b>oder</b><br>Kinder und<br>Jugendlichenpsychotherapeut | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |
| <b>oder</b>   |  |                                       |   |                                     |
| Hinzuzuziehender  |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Schwerpunkt Neuropädiatrie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender   |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Schwerpunkt Neuropädiatrie   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |
| <b>oder</b>   |  |                                       |   |                                     |
| Hinzuzuziehender  |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendmedizin<br>mit Schwerpunkt<br>Kinder-Kardiologie  | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender   |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendmedizin<br>mit Schwerpunkt<br>Kinder-Kardiologie  | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |
| <b>oder</b>   |  |                                       |   |                                     |
| Hinzuzuziehender  |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendmedizin<br>mit Zusatz-Weiterbildung<br>Kinder-Gastroenterologie                               | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |
| Vertretung*<br>Hinzuzuziehender   |  | LANR                                  | Kinder- und Jugendmedizin<br>mit Zusatz-Weiterbildung<br>Kinder-Gastroenterologie                               | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | BSNR                                  |   | <input type="checkbox"/>            |
|   |  | IK                                    |   | <input type="checkbox"/>            |

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

---

---

---

---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

|                              |
|------------------------------|
| Aktenzeichen:<br>Sarko/_____ |
|------------------------------|

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

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

|  | geeignete<br>Nachweise beigefügt |
|--|----------------------------------|
| Soziale Dienste (Dienste bitte benennen):<br>_____<br>_____<br>_____         | <input type="checkbox"/>         |
| Physikalische Therapie (bitte benennen):<br>_____<br>_____<br>_____          | <input type="checkbox"/>         |
| Transplantationszentren (Lunge) (bitte benennen):<br>_____<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/>         |

### **2. 24-Stunden-Notfallversorgung**

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:

- |                                    |    |                          |      |                          |
|------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| - Innere Medizin und Pneumologie   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Innere Medizin und Rheumatologie | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

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

### **3. Weitere sächliche und organisatorische Anforderungen**

Für die unten aufgeführten sächlichen und organisatorischen Anforderungen sind eine Beschreibung der organisatorischen Maßnahmen und der Infrastruktur beizufügen.

- |  |    |                          |      |                          |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| - Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung innerhalb 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung.   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen bereitgehalten. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

 ja nein

Bemerkungen:

---

---

---

- 5. 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

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Sarko/\_\_\_\_\_

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen  
- Sarkoidose****Kernteam****FA für Innere Medizin und Pneumologie**

| Name:   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>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 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)  | <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 Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V   | <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"/> |

\* 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 - Sarkoidose

### Kernteam

#### FA für Innere Medizin und Rheumatologie

| Name:   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>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 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen )   | <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 Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V   | <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"/> |

\* 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 - Sarkoidose

### Kernteam

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

| Name:   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V   | <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 Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 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 - Sarkoidose

### Kernteam

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

| Name:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V                        | <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"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 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 - Sarkoidose

### Kernteam

### FA für Kinder- und Jugendmedizin

| Name:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V                        | <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"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 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  
- Sarkoidose****Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Augenheilkunde**

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

**FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten**

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

**FA für Innere Medizin und Gastroenterologie**

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

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Innere Medizin und Kardiologie

| Name / Institution:   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>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 Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten  | <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 von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie | <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  
- Sarkoidose****Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Laboratoriumsmedizin**

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>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 Neurologie**

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

**FA für Nuklearmedizin**

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

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Psychiatrie und Psychotherapie

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V                             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

#### Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)***  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V                             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

#### FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)     | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V                             | <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

\*\*\* nur Ärztlicher Psychotherapeut

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen  
- Sarkoidose****Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Radiologie**

| Name / Institution:   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>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 von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie  | <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"/> |

\* 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  
- Sarkoidose****Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie  
FA für Kinder- und Jugendpsychotherapeut**

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)***  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V                             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

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

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>genehmigt**   |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik                             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| – Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 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

\*\*\* nur Ärztlicher Psychotherapeut

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Sarkoidose

### Hinzuzuziehende Fachärzte

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

| Name / Institution:   | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>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 Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten  | <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 von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

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

| Name / Institution:  | geeignete<br>Nachweise<br>beigefügt* | bereits<br>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"/> |

\* 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

Aktenzeichen:

Sarko/\_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## **Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV – Sarkoidose**

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen - Erkrankungsgruppe 1: Sarkoidose 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. 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.
- Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages 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 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:

Sarko/\_\_\_\_\_

## 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

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Sarko/\_\_\_\_\_

## **Teil F Nachweis von Mindestmengen – Sarkoidose**

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 2e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1, Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie**

Das Kernteam muss mindestens 50 Patienten der in der Anlage 2e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 der ASV-RL unter Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

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

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 jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige mindestens 50 Patienten der in Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ 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 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) \_\_\_\_\_











**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Augenheilkunde**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung           | GOP   | bitte<br>ankreuzen |
|-----------------------|-------|--------------------|
| Ultraschalldiagnostik | 33000 |                    |
| Ultraschalldiagnostik | 33001 |                    |
| Ultraschalldiagnostik | 33002 |                    |

| bereits genehmigt |            | Prüfung<br>GS | Hinweise |
|-------------------|------------|---------------|----------|
| KV                | Indikation |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten**

Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung           | GOP   | bitte<br>ankreuzen |
|-----------------------|-------|--------------------|
| Ultraschalldiagnostik | 33080 |                    |

| bereits genehmigt |            | Prüfung<br>GS | Hinweise |
|-------------------|------------|---------------|----------|
| KV                | Indikation |               |          |
|                   |            |               |          |





**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**  
**Facharzt für Kinder- und Jugendpsychotherapeut**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung                          | GOP    | bitte ankreuzen |
|--------------------------------------|--------|-----------------|
| Videosprechstunde                    | 01450  |                 |
| Psychosomatik                        | 35100* |                 |
| Psychosomatik                        | 35110* |                 |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35111  |                 |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35113  |                 |

| bereits genehmigt |            | Prüfung GS | Hinweise |
|-------------------|------------|------------|----------|
| KV                | Indikation |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |

\* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut



**Hinzuzuziehender Facharzt**

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

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung           | GOP   | bitte<br>ankreuzen |
|-----------------------|-------|--------------------|
| Audiometrie           | 04335 |                    |
| Audiometrie           | 04353 |                    |
| Ultraschalldiagnostik | 33060 |                    |
| Ultraschalldiagnostik | 33063 |                    |
| Ultraschalldiagnostik | 33070 |                    |
| Ultraschalldiagnostik | 33071 |                    |
| Ultraschalldiagnostik | 33100 |                    |

| bereits genehmigt |            | Prüfung<br>GS | Hinweise |
|-------------------|------------|---------------|----------|
| KV                | Indikation |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

| Zuschlagsziffern | GOP   |
|------------------|-------|
| zu 33070/33071   | 33075 |

| Prüfung<br>GS | Hinweise |
|---------------|----------|
|               |          |

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung           | GOP   | bitte ankreuzen |
|-----------------------|-------|-----------------|
| Koloskopie            | 04514 |                 |
| Koloskopie            | 04515 |                 |
| Koloskopie            | 04518 |                 |
| Koloskopie            | 04520 |                 |
| Ultraschalldiagnostik | 33042 |                 |
| Ultraschalldiagnostik | 33073 |                 |

| bereits genehmigt |            | Prüfung GS | Hinweise |
|-------------------|------------|------------|----------|
| KV                | Indikation |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

| Zuschlagsziffern | GOP   |
|------------------|-------|
| zu 33042         | 33046 |
| zu 33073         | 33075 |
| zu 33042         | 33090 |
| zu 33042         | 33092 |

| Prüfung GS | Hinweise |
|------------|----------|
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Laboratoriumsmedizin**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung   | GOP   | bitte<br>ankreuzen |
|---------------|-------|--------------------|
| Speziallabor* | 32164 |                    |
|               | bis*  |                    |
|               | 32858 |                    |

| bereits genehmigt |            | Prüfung<br>GS | Hinweise |
|-------------------|------------|---------------|----------|
| KV                | Indikation |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |

\*gemäß Appendix

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Neurologie**

Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung           | GOP   | bitte ankreuzen |
|-----------------------|-------|-----------------|
| Ultraschalldiagnostik | 33060 |                 |
| Ultraschalldiagnostik | 33063 |                 |
| Ultraschalldiagnostik | 33070 |                 |
| Ultraschalldiagnostik | 33071 |                 |
| Ultraschalldiagnostik | 33100 |                 |

| bereits genehmigt |            | Prüfung GS | Hinweise |
|-------------------|------------|------------|----------|
| KV                | Indikation |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |
|                   |            |            |          |

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

| Zuschlagsziffern | GOP   |
|------------------|-------|
| zu 33070/33071   | 33075 |

| Prüfung GS | Hinweise |
|------------|----------|
|            |          |



**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| <b>Bezeichnung</b>                   | <b>GOP</b> | bitte<br>ankreuzen |
|--------------------------------------|------------|--------------------|
| Videosprechstunde                    | 01450      |                    |
| Psychosomatik                        | 35100*     |                    |
| Psychosomatik                        | 35110*     |                    |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35111      |                    |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35112      |                    |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35113      |                    |

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

\* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut





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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

| Bezeichnung     | GOP   | bitte<br>ankreuzen |
|-----------------|-------|--------------------|
| MR-Angiographie | 34486 |                    |
| MR-Angiographie | 34489 |                    |
| MR-Angiographie | 34490 |                    |
| MR-Angiographie | 34492 |                    |
| Telekonsil      | 34800 |                    |
| Telekonsil      | 34810 |                    |

| bereits genehmigt |            | Prüfung<br>GS | Hinweise |
|-------------------|------------|---------------|----------|
| KV                | Indikation |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |
|                   |            |               |          |

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

| Zuschlagsziffern           | GOP   |
|----------------------------|-------|
| zu 33042                   | 33046 |
| zu 33070/33071/33072/33073 | 33075 |
| B-Modus                    | 33081 |
| zu 33040/33042/33043/33081 | 33090 |
| zu 33012/33040/33081       | 33091 |
| zu 33042/33043             | 33092 |

| Prüfung<br>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.

| Bezeichnung                       | GOP   | erfüllt durch |
|-----------------------------------|-------|---------------|
| Videosprechstunde                 | 01450 |               |
| ambulantes Operieren              | 02321 |               |
| Langzeit-EKG                      | 04241 |               |
| Langzeit-EKG                      | 04322 |               |
| Audiometrie                       | 04335 |               |
| Audiometrie                       | 04353 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu) | 04411 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu) | 04413 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu) | 04414 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu) | 04415 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu) | 04416 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu) | 04417 |               |
| Koloskopie (KiJu)                 | 04514 |               |
| Koloskopie (KiJu)                 | 04515 |               |
| Koloskopie (KiJu)                 | 04518 |               |
| Koloskopie (KiJu)                 | 04520 |               |
| Langzeit-EKG                      | 13250 |               |
| Langzeit-EKG                      | 13252 |               |
| Langzeit-EKG                      | 13253 |               |
| Koloskopie                        | 13421 |               |
| Koloskopie                        | 13422 |               |
| Koloskopie                        | 13423 |               |
| Koloskopie                        | 13424 |               |
| amb. Operieren/Röntgendiagnostik  | 13430 |               |
| amb. Operieren/Röntgendiagnostik  | 13431 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle        | 13571 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle        | 13573 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle        | 13574 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle        | 13575 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle        | 13576 |               |
| Rhythmusimplantatkontrolle        | 13577 |               |
| Röntgendiagnostik                 | 13663 |               |
| Nuklearmedizin                    | 17310 |               |
| Nuklearmedizin                    | 17311 |               |
| Nuklearmedizin                    | 17320 |               |
| Nuklearmedizin                    | 17321 |               |

| Bezeichnung           | GOP       | erfüllt durch |
|-----------------------|-----------|---------------|
| Nuklearmedizin        | 17330     |               |
| Nuklearmedizin        | 17331     |               |
| Nuklearmedizin        | 17332     |               |
| Nuklearmedizin        | 17333     |               |
| Nuklearmedizin        | 17340     |               |
| Nuklearmedizin        | 17341     |               |
| Nuklearmedizin        | 17350     |               |
| Nuklearmedizin        | 17351     |               |
| Nuklearmedizin        | 17360     |               |
| Nuklearmedizin        | 17361     |               |
| Nuklearmedizin        | 17362     |               |
| Nuklearmedizin        | 17363     |               |
| Nuklearmedizin        | 17370     |               |
| Nuklearmedizin        | 17371     |               |
| Nuklearmedizin        | 17372     |               |
| Nuklearmedizin        | 17373     |               |
| ambulantes Operieren  | 30600     |               |
| ambulantes Operieren  | 30601     |               |
| Speziallabor          | von 32164 |               |
| Speziallabor          | bis 32858 |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33000     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33001     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33002     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33010     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33011     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33012     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33020     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33021     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33022     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33023     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33030     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33031     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33040     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33042     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33043     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33050     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33060     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33061     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33063     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33070     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33071     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33072     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33073     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33076     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33080     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33081     |               |
| Ultraschalldiagnostik | 33100     |               |
| Röntgendiagnostik     | 34210     |               |
| Röntgendiagnostik     | 34211     |               |

| Bezeichnung          | GOP   | erfüllt durch |
|----------------------|-------|---------------|
| Röntgendiagnostik    | 34212 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34220 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34221 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34222 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34230 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34231 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34232 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34233 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34234 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34235 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34236 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34237 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34238 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34240 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34241 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34242 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34243 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34244 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34245 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34255 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34256 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34257 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34282 |               |
| Röntgendiagnostik    | 34290 |               |
| invasive Kardiologie | 34291 |               |
| invasive Kardiologie | 34292 |               |
| invasive Kardiologie | 34298 |               |
| 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 |               |

| Bezeichnung                          | GOP   | erfüllt durch |
|--------------------------------------|-------|---------------|
| 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 |               |
| Telekonsil                           | 34800 |               |
| Telekonsil                           | 34810 |               |
| Psychosomatik                        | 35100 |               |
| Psychosomatik                        | 35110 |               |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35111 |               |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35112 |               |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35113 |               |