ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
PH/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

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

1. **Gegenstand der Anzeige:** pulmonale Hypertonie

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 pulmonale Hypertonie.	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 pulmonale Hypertonie.	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:_____ Stempel/ Unterschrift:

Datum:_____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

☐ Ja ☐ Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

Zeigen mehrere 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

Aktenzeichen:
PH/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil A

Personelle Anforderungen - pulmonale Hypertonie

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 und Kardiologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Kardiologie	☐
oder				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Pneumologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Pneumologie	☐
Sofern ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ benannt werden:				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-und Jugend- Kardiologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie	☐
oder				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Pneumologie	☐
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Pneumologie	☐

* 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 und Kardiologie	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Kardiologie	☐
Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Pneumologie	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Pneumologie	☐
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:				
Teammitglied		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie**	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie**	☐
oder				
Teammitglied		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie**	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie**	☐

* optional

** Falls kein Facharzt mit der genannten Schwerpunktbezeichnung bzw. 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	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	Innere Medizin und Rheumatologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Rheumatologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Laboratoriums-medizin	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Laboratoriums-medizin	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Nuklearmedizin	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Nuklearmedizin	☐

* optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	**Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**LANR** **BSNR** **Institutskennzeichen**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Psychologischer Psychotherapeut **oder** Ärztlicher Psychotherapeut	☐ ☐ ☐ ☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Psychologischer Psychotherapeut **oder** Ärztlicher 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 Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie **oder** Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐ ☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie **oder** Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐ ☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie **oder** Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut	☐ ☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie **oder** Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut	☐ ☐

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:
PH/_____

Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen

- pulmonale Hypertonie

1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

	geeignete Nachweise beigefügt
Transplantationszentren (Lunge, Herz) (bitte benennen): _____ _____ _____	☐
Soziale Dienste (Dienste bitte benennen): _____ _____ _____	☐
Physiotherapie (Praxis bitte benennen): _____ _____ _____	☐

2. 24-Stunden-Notfallversorgung

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:

- Innere Medizin und Kardiologie **ja** ☐ **nein** ☐
- Innere Medizin und Pneumologie **ja** ☐ **nein** ☐

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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 des Teamleiters — **ja** ☐ **nein** ☐
- Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten. — **ja** ☐ **nein** ☐

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 vom Tätigkeitsort des Teamleiters 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:
PH/_____

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- pulmonale Hypertonie

Kernteam

FA für Innere Medizin und Kardiologie

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

FA für Innere Medizin und Pneumologie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
− Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)***	☐	☐
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (Polygraphie/ Polysomnographie)	☐	☐
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
− Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐

* 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

- pulmonale Hypertonie

Kernteam

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

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
− Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)***	☐	☐
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten	☐	☐
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
− Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐

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

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
− Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)***	☐	☐
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (Polygraphie/ Polysomnographie)	☐	☐
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
− Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)***	☐	☐

* 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

- pulmonale Hypertonie

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin

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

* 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

- pulmonale Hypertonie

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	☐	☐

FA für Innere Medizin und Rheumatologie

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 Laboratoriumsmedizin

Name / Institution:	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

- pulmonale Hypertonie

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Nuklearmedizin

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

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 interventionellen Radiologie	☐	☐
− Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	☐	☐
− Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

* 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

- pulmonale Hypertonie

Hinzuzuziehende Fachärzte

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	☐	☐

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

Name / Institution:	**geeignete Nachweise beigefügt***	**bereits genehmigt****
− 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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:
PH/_____

Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV - pulmonale Hypertonie

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung pulmonale Hypertonie sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb ihres 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 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.
- Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.
- Es ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Bei pulmonaler Hypertonie ist die Überweisung durch einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose 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 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:
PH/_____

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:
_____

Ort, 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:
PH/_____

Teil F Nachweis von Mindestmengen - pulmonale Hypertonie

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

Das Kernteam muss mindestens 50 Patienten der in Anlage 2l) 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 maßgeblich, die zu der in der Anlage 2l) der ASV-RL (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. 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 hat in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung mindestens 50 Patienten der in Anlage 2l) 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 50) 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)_____

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

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

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

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					
Zusatzpauschale Kardiologie*	13545					
Rhythmusimplantatkontrolle	13571					
Rhythmusimplantatkontrolle	13573					
Rhythmusimplantatkontrolle	13574					
Rhythmusimplantatkontrolle	13575					
Rhythmusimplantatkontrolle	13576					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34290					

*setzt Erfüllung der Voraussetzungen für Langzeit-EKG und 33022 voraus

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 13571/13573/13575	13577		
zu 33020/33021/33022/33030/ 33031/33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie

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**
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13250					
Röntgendiagnostik	13663					
Polygraphie	30900					
Polysomnographie	30901					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33020/33021/33022/33030/ 33031/33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	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** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
Langzeit-EKG	04241					
Langzeit-EKG	04322					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Kernteam

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	*füllt die Geschäftsstelle eLA aus* bereits genehmigt KV	bereits genehmigt Indikation	Prüfung GS	Hinweise
Langzeit-EKG	04241					
Langzeit-EKG	04322					
Zusatzpauschale Kardiologie*	04410					
Rhythmusimplantatkontrolle	04411					
Rhythmusimplantatkontrolle	04413					
Rhythmusimplantatkontrolle	04414					
Rhythmusimplantatkontrolle	04415					
Rhythmusimplantatkontrolle	04416					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34290					

*setzt Erfüllung der Voraussetzungen für Langzeit-EKG und 33022 voraus

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 04411/04413/04415	04417		
zu 33020/33021/33022/33030/ 33031/33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Kernteam

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

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
Langzeit-EKG	04241					
Langzeit-EKG	04322					
Polygraphie	30900					
Polysomnographie	30901					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

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** KV	**bereits genehmigt** Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
ambulantes Operieren	02321					
ambulantes Operieren	13412					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33073					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

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**
ambulantes Operieren	02321					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33040/33042	33090		
zu 33040	33091		
zu 33042	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		
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33073					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Hinzuzuziehender Facharzt

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

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					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33040/33042	33090		
zu 33040	33091		
zu 33042	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 32863					

*gemäß Appendix

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Nuklearmedizin

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**
Nuklearmedizin	17310					
Nuklearmedizin	17330					
Nuklearmedizin	17331					
Nuklearmedizin	17332					
Nuklearmedizin	17333					
Nuklearmedizin	17360					
Nuklearmedizin	17361					
Nuklearmedizin	17362					
Nuklearmedizin	17363					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33042	33090		
zu 33012	33091		
zu 33042	33092		

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	33012					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Röntgendiagnostik	34220					
Röntgendiagnostik	34221					
Röntgendiagnostik	34222					
Röntgendiagnostik	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34243					
Röntgendiagnostik	34244					
Röntgendiagnostik	34245					
Röntgendiagnostik	34246					
Röntgendiagnostik	34260					
Röntgendiagnostik	34280					
Röntgendiagnostik	34282					
interventionelle Radiologie	34283					
interventionelle Radiologie	34284					
interventionelle Radiologie	34285					
interventionelle Radiologie	34286					
interventionelle Radiologie	34287					
Röntgendiagnostik	34290					
CT	34310					
CT	34311					
CT	34312					
CT	34320					
CT	34321					
CT	34322					
CT	34330					
CT	34340					

Indikation: pulmonale Hypertonie

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	34341					
CT	34342					
CT	34343					
CT	34344					
CT	34345					
Kernspintomographie	34410					
Kernspintomographie	34411					
Kernspintomographie	34420					
Kernspintomographie	34421					
Kernspintomographie	34422					
Kernspintomographie	34430					
Kernspintomographie	34440					
Kernspintomographie	34441					
Kernspintomographie	34442					
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					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 33020/33021/33022/33030/ 33031/33042	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

- zum Verbleib beim Anzeigesteller -

Übersicht aller GOPen, die mit QS-Bestimmungen hinterlegt sind

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

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG (KiJu)	04241	
Langzeit-EKG (KiJu)	04322	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04411	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04413	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04414	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04415	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04416	
ambulantes Operieren	13412	
Langzeit-EKG	13250	
Rhythmusimplantatkontrolle	13571	
Rhythmusimplantatkontrolle	13573	
Rhythmusimplantatkontrolle	13574	
Rhythmusimplantatkontrolle	13575	
Rhythmusimplantatkontrolle	13576	
Röntgendiagnostik	13663	
Nuklearmedizin	17310	
Nuklearmedizin	17330	
Nuklearmedizin	17331	
Nuklearmedizin	17332	
Nuklearmedizin	17333	
Nuklearmedizin	17360	
Nuklearmedizin	17361	
Nuklearmedizin	17362	
Nuklearmedizin	17363	
Polygraphie	30900	
Polysomnographie	30901	
Speziallabor von	32176	
Speziallabor bis	32863	
Ultraschalldiagnostik	33012	
Ultraschalldiagnostik	33020	
Ultraschalldiagnostik	33021	
Ultraschalldiagnostik	33022	
Ultraschalldiagnostik	33023	
Ultraschalldiagnostik	33030	
Ultraschalldiagnostik	33031	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33061	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33072	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33076	
Ultraschalldiagnostik	33081	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
Ultraschalldiagnostik	34220	
Ultraschalldiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
Röntgendiagnostik	34246	
Röntgendiagnostik	34260	
Röntgendiagnostik	34280	
Röntgendiagnostik	34282	
interventionelle Radiologie	34283	
interventionelle Radiologie	34284	
interventionelle Radiologie	34285	
interventionelle Radiologie	34286	
interventionelle Radiologie	34287	
Röntgendiagnostik	34290	
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	
Kernspintomographie	34410	
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34420	
Kernspintomographie	34421	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
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	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
Knochendichtemessung	34600	
Knochendichtemessung	34601	