ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
aST/_____

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: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

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 Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	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

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 besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	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

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

Name:_____

Datum:_____

Stempel/ Unterschrift:

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

☐ Ja ☐ Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil A

1. Personelle Anforderungen – Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

1.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 Hämatologie und Onkologie**	☐
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**	☐

* optional
** die Teamleitung muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, die allogene Stammzelltransplantation durchführt und mindestens 2-jährige Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.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	Haut- und Geschlechtskrankheiten	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Haut- und Geschlechtskrankheiten	☐
Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Gastroenterologie	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Gastroenterologie	☐
Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**	☐
zusätzlich kann nur für die Weiterbehandlung benannt werden*:**				
Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	☐
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	☐

*optional
**mit mindestens 2-jähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt
*** siehe auch Teil B Punkt 1 des Anzeigeformulares, § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL gilt hier nicht

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	**Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**LANR BSNR Institutskennzeichen**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung**	**geeignete Nachweise beigefügt**
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Allgemeinchirurgie **und/oder** Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	☐ ☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Allgemeinchirurgie **und/oder** Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	☐ ☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Anästhesiologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Anästhesiologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Augenheilkunde	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Augenheilkunde	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.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	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Kardiologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Kardiologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Nephrologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Nephrologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Pneumologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Pneumologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Rheumatologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Rheumatologie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.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	Laboratoriumsmedizin	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Laboratoriumsmedizin	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Neurologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Neurologie	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Nuklearmedizin	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Nuklearmedizin	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.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	Pathologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Pathologie	☐
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	☐
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Strahlentherapie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Strahlentherapie	☐

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.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	Urologie	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Urologie	☐
zusätzlich kann benannt werden:				
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Transfusionsmedizin	☐
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Transfusionsmedizin	☐

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

_____

_____

_____

_____

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
aST/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

1. Bei Benennung eines zusätzlichen Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie nur für die Weiterbehandlung gemäß Anlage 2 Buchstabe n, Gliederungspunkt 3.2 Nummer 1, für den § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL nicht gilt:

Es wird sichergestellt, dass die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen der Weiterbehandlung (insbesondere zu Zeitpunkt der Einbindung und Aufgabenspektrum) vom Kernteam gemeinsam zu treffen ist. Durch folgende organisatorische Maßnahmen:

_____
_____
_____

2. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

	geeignete Nachweise beigefügt
Soziale Dienste (Dienste bitte benennen): _____ _____ _____	☐
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (bitte benennen): _____ _____ _____	☐
Physiotherapie (bitte benennen): _____ _____ _____	☐

3. Zusammenarbeit mit folgender Fachdisziplin (sofern nicht in Teil A benannt)

- Transfusionsmedizin (bitte Nachweis einer vertraglichen Vereinbarung vorlegen) ☐

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

4. 24-Stunden-Notfallversorgung

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie **ja** ☐ **nein** ☐

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.

5. Weitere sächliche und organisatorische Anforderungen

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

- Die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, wird die entsprechende Erfahrung vorgewiesen. **ja** ☐ **nein** ☐
- Es steht eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung. **ja** ☐ **nein** ☐
- Für immundefiziente Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung. **ja** ☐ **nein** ☐
- Infektiöse Patienten können in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patienten untersucht und behandelt werden. **ja** ☐ **nein** ☐
- Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe. **ja** ☐ **nein** ☐
- Es wird eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten. **ja** ☐ **nein** ☐
- Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten bereitgehalten. **ja** ☐ **nein** ☐
- Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung innerhalb 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung **ja** ☐ **nein** ☐
- Es sind stationäre Notfalloperationen möglich. **ja** ☐ **nein** ☐

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

- Den Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt. **ja** ☐ **nein** ☐

- Es erfolgt eine Meldung der Krankheitsverläufe der Patienten an Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes. **ja** ☐ **nein** ☐

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

☐ ja

☐ nein

Bemerkungen:
_____
_____
_____

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

☐ ja

☐ nein

Bemerkungen:
_____
_____
_____

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

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

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:
aST/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Kernteam

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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)***	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Kernteam

FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Innere Medizin und Gastroenterologie

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

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Allgemeinchirurgie

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

FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Anästhesiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	☐	☐
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	☐	☐

FA für Augenheilkunde

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

FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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)***		

*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

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Name / Institution:	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 Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Innere Medizin und Kardiologie

Name / Institution:	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)***	☐	☐
– 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	☐	☐

*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

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Innere Medizin und Nephrologie

Name / Institution:	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 Ultraschalldiagnostik	☐	☐

FA für Innere Medizin und Pneumologie

Name / Institution:	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 Ultraschalldiagnostik	☐	☐

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

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	☐	☐
– 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 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐

FA für Laboratoriumsmedizin

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

FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

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
***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

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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)***	☐	☐

FA für Neurologie

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)***	☐	☐

FA für Nuklearmedizin

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 2 e des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Nuklearmedizin)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. §135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronen-emissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT)	☐	☐

*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

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Strahlentherapie

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

FA für Transfusionsmedizin

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (blutgruppenserologische Untersuchungen)	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (allgemeine immungenetische Untersuchungen)	☐	☐

*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

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Urologie

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 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)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie	☐	☐
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Computertomographie)***	☐	☐
– Punkt 4 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Kernspintomographie)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	☐	☐
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)***	☐	☐
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. §135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronen-emissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT)	☐	☐

*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

Aktenzeichen:
aST/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

- Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung aST sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Die spezialfachärztlichen Leistungen des Kernteams werden am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten.
- Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. Für das Kernteam gelten hierbei in der Regel 30 Minuten als angemessen.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- 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 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:
aST/_____

Teil E Einverständniserklärung

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

Name, Vorname:
_____

LANR:
_____

Datum: _____ Unterschrift/Stempel _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

_____

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

Hinweis

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

Rechte

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

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

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

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

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

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

Datum, Unterschrift _____

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für aST, die die Weiterbetreuung von Patienten nach aST mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen mit einschließt

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					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Speziallabor	32155					
Speziallabor	32156					
Speziallabor	32157					
Speziallabor	32158					
Speziallabor	32159					
Speziallabor	32160					
Speziallabor	32161					
Speziallabor	32163					
Speziallabor	32164					
Speziallabor	32165					
Speziallabor	32167					
Speziallabor	32168					
Speziallabor	32169					
Speziallabor	32510					
Speziallabor	32520					
Speziallabor	32521					
Speziallabor	32522					
Speziallabor	32523					
Speziallabor	32524					
Speziallabor	32525					
Speziallabor	32526					
Speziallabor	32527					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Ultraschalldiagnostik	33080					

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für aST, die die Weiterbetreuung von Patienten nach aST mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen mit einschließt

Name, Vorname: _____

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		

Indikation: aST

Kernteam

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

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					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Ultraschalldiagnostik	33080					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Kernteam

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
Langzeit-EKG	13250					
ambulantes Operieren	13410					
ambulantes Operieren	13411					
ambulantes Operieren	13412					
Koloskopie	13421					
Koloskopie	13422					
Koloskopie	13423					
Koloskopie	13424					
amb. Operieren/ Röntgendiagnostik	13430					
amb. Operieren/ Röntgendiagnostik	13431					
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Ultraschalldiagnostik	33080					
Röntgendiagnostik	34501					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Allgemeinchirurgie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
ambulantes Operieren	02321					
ambulantes Operieren	13410					
ambulantes Operieren	13411					
ambulantes Operieren	13412					
Koloskopie	13421					
Koloskopie	13422					
Koloskopie	13423					
Koloskopie	13424					
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Ultraschalldiagnostik	33080					
Röntgen	34501					

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 Anästhesiologie

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					
Schmerztherapie	30700					
Schmerztherapie	30702					
Schmerztherapie	30708					

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Augenheilkunde

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschall	33000					
Ultraschall	33001					
Ultraschall	33002					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	02321	
ambulantes Operieren	08311	
ambulantes Operieren	08341	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33074	

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

bereits genehmigt		**Prüfung GS**	**Hinweise**
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**
zu 33042	33046
zu 33073/33074	33075
B-Modus	33081
zu 33042/33043/33081	33090
zu 33081	33091
zu 33042/33043/33044	33092

Prüfung GS	**Hinweise**

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für HNO-Heilkunde

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Röntgendiagnostik	34211					
Röntgendiagnostik	34212					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

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	13252					
Langzeit-EKG	13253					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

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 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	13252					
Langzeit-EKG	13253					
Zusatzpauschale Kardiologie*	13545					
Rhythmusimplantantkontrolle	13571					
Rhythmusimplantantkontrolle	13573					
Rhythmusimplantantkontrolle	13575					
Rhythmusimplantantkontrolle	13577					
Ultraschalldiagnostik	33011					
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	34290					
invasive Kardiologie	34291					
invasive Kardiologie	34292					
invasive Kardiologie	34298					

* 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	33046		
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33081	33090		
zu 33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie

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	13252					
Langzeit-EKG	13253					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie

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	13252					
Langzeit-EKG	13253					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					

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 33040/33081	33091		
zu 33042	33092		

Indikation: aST

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					
Langzeit-EKG	13252					
Langzeit-EKG	13253					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Indikation: aST

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*	32155 bis 32949					

* gemäß Appendix

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Speziallabor*	32155 bis 32949					

* gemäß Appendix

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Name, Vorname:

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Röntgendiagnostik	34211					
Röntgendiagnostik	34212					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Neurologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33063					
Ultraschalldiagnostik	33071					
Ultraschalldiagnostik	33100					
Röntgendiagnostik	34221					
Röntgendiagnostik	34222					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33071	33075		
B-Modus	33081		
zu 33081	33090		
zu 33081	33091		

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Nuklearmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Nuklearmedizin	17310					
Nuklearmedizin	17311					
Nuklearmedizin	17320					
Nuklearmedizin	17321					
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	17372					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					
PET, PET/CT	34700					
PET, PET/CT	34701					
PET, PET/CT	34702					
PET, PET/CT	34703					
PET, PET/CT	34704					
PET, PET/CT	34705					
PET, PET/CT	34706					
PET, PET/CT	34707					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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

Kernteam/Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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	13410					
ambulantes Operieren	13411					
ambulantes Operieren	13412					
Koloskopie	13421					
Koloskopie	13422					
Koloskopie	13423					
Koloskopie	13424					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33076					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33070/33072/33073	33075		
B-Modus	33081		
zu 33081	33090		
zu 33081	33091		

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Radiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Ultraschalldiagnostik	33010					
Ultraschalldiagnostik	33011					
Ultraschalldiagnostik	33012					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33044					
Ultraschalldiagnostik	33050					
Ultraschalldiagnostik	33060					
Ultraschalldiagnostik	33061					
Ultraschalldiagnostik	33062					
Ultraschalldiagnostik	33063					
Ultraschalldiagnostik	33064					
Ultraschalldiagnostik	33070					
Ultraschalldiagnostik	33071					
Ultraschalldiagnostik	33072					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Ultraschalldiagnostik	33074					
Ultraschalldiagnostik	33076					
Ultraschalldiagnostik	33080					
Ultraschalldiagnostik	33100					
Röntgendiagnostik	34210					
Röntgendiagnostik	34211					
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	34240					
Röntgendiagnostik	34241					
Röntgendiagnostik	34242					
Röntgendiagnostik	34243					
Röntgendiagnostik	34244					
Röntgendiagnostik	34245					

Indikation: aST

Facharzt für Radiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt** KV	Indikation	**Prüfung GS**	**Hinweise**
Röntgendiagnostik	34260					
Röntgendiagnostik	34282					
interventionelle Radiologie	34283					
interventionelle Radiologie	34284					
interventionelle Radiologie	34285					
interventionelle Radiologie	34286					
interventionelle Radiologie	34287					
Röntgendiagnostik	34294					
Röntgendiagnostik	34295					
Röntgendiagnostik	34296					
CT	34310					
CT	34311					
CT	34312					
CT	34320					
CT	34321					
CT	34322					
CT	34330					
CT	34340					
CT	34341					
CT	34342					
CT	34343					
CT	34344					
CT	34345					
CT	34350					
CT	34351					
Kernspintomographie	34410					
Kernspintomographie	34411					
Kernspintomographie	34420					
Kernspintomographie	34421					
Kernspintomographie	34422					
Kernspintomographie	34430					
Kernspintomographie	34440					
Kernspintomographie	34441					
Kernspintomographie	34442					
Kernspintomographie	34450					
Kernspintomographie	34451					
Kernspintomographie	34452					
MR-Angiographie	34470					
MR-Angiographie	34475					
MR-Angiographie	34480					
MR-Angiographie	34485					
MR-Angiographie	34486					

Indikation: aST

Facharzt für Radiologie

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**
MR-Angiographie	34489					
MR-Angiographie	34490					
MR-Angiographie	34492					
Röntgendiagnostik	34501					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					
PET, PET/CT	34700					
PET, PET/CT	34701					
PET, PET/CT	34702					
PET, PET/CT	34703					
PET, PET/CT	34704					
PET, PET/CT	34705					
PET, PET/CT	34706					
PET, PET/CT	34707					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	**GOP**	**Prüfung GS**	**Hinweise**
zu 33042	33046		
zu 33070/33071/33072/33073/ 33074	33075		
B-Modus	33081		
zu 33040/33042/33043/33081	33090		
zu 33012/33040/33081	33091		
zu 33042/33043/33044	33092		

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Strahlentherapie

Name, Vorname: _____

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

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Strahlentherapie	25321					
Strahlentherapie	25324					
Strahlentherapie	25328					
Strahlentherapie	25330					
Strahlentherapie	25331					
Strahlentherapie	25333					
Strahlentherapie	25340					
Strahlentherapie	25341					
Strahlentherapie	25342					
Strahlentherapie	25343					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
CT (Bestrahlungsplanung)	34360					
Kernspintomographie (Bestrahlungsplanung)	34460					

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		

Kernteam/Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Transfusionsmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

Bezeichnung	**GOP**	bitte ankreuzen	**bereits genehmigt**		**Prüfung GS**	**Hinweise**
			KV	Indikation		
Speziallabor* (blut-gruppenserologische Untersuchungen)	32540 bis 32556					
Speziallabor* (allgemeine immungenetische Untersuchungen)	32935 bis 32949					

* gemäß Appendix

Indikation: aST

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Urologie

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					
ambulantes Operieren	26310					
ambulantes Operieren	26311					
ambulantes Operieren	30600					
ambulantes Operieren	30601					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33043					
Ultraschalldiagnostik	33062					
Ultraschalldiagnostik	33064					
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 33042/33043/33081	33090		
zu 33081	33091		
zu 33042/33043/33081	33092		

- zum Verbleib beim Anzeigesteller -

Übersicht aller GOPen, die mit QS-Bestimmungen hinterlegt sind

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

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
ambulantes Operieren	02321	
ambulantes Operieren	08311	
Ultraschalldiagnostik	08341	
Langzeit-EKG	13250	
Langzeit-EKG	13252	
Langzeit-EKG	13253	
ambulantes Operieren	13410	
ambulantes Operieren	13411	
ambulantes Operieren	13412	
Koloskopie	13421	
Koloskopie	13422	
Koloskopie	13423	
Koloskopie	13424	
ambulantes Operieren/ Röntgendiagnostik	13430	
ambulantes Operieren/ Röntgendiagnostik	13431	
Rhythmusimplantatkontrolle	13571	
Rhythmusimplantatkontrolle	13573	
Rhythmusimplantatkontrolle	13575	
Rhythmusimplantatkontrolle	13577	
Nuklearmedizin	17310	
Nuklearmedizin	17311	
Nuklearmedizin	17320	
Nuklearmedizin	17321	
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	17372	
Strahlentherapie	25321	
Strahlentherapie	25324	
Strahlentherapie	25328	
Strahlentherapie	25330	
Strahlentherapie	25331	
Strahlentherapie	25333	
Strahlentherapie	25340	
Strahlentherapie	25341	
Strahlentherapie	25342	
Strahlentherapie	25343	
ambulantes Operieren	26310	
ambulantes Operieren	26311	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Schmerztherapie	30700	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
Schmerztherapie	30702	
Schmerztherapie	30708	
Speziallabor von	32155	
Speziallabor bis	32949	
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	33044	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33061	
Ultraschalldiagnostik	33062	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33064	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Ultraschalldiagnostik	33072	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33074	
Ultraschalldiagnostik	33076	
Ultraschalldiagnostik	33081	
Röntgendiagnostik	34210	
Röntgendiagnostik	34211	
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	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
Röntgendiagnostik	34260	
Röntgendiagnostik	34282	
interventionelle Radiologie	34283	
interventionelle Radiologie	34284	
interventionelle Radiologie	34285	
interventionelle Radiologie	34286	

Bezeichnung	GOP	nachgewiesen durch
interventionelle Radiologie	34287	
Röntgendiagnostik	34290	
invasive Kardiologie	34291	
invasive Kardiologie	34292	
Röntgendiagnostik	34294	
Röntgendiagnostik	34295	
Röntgendiagnostik	34296	
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	
CT (Bestrahlungsplanung)	34360	
Kernspintomographie	34410	
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34420	
Kernspintomographie	34421	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
Kernspintomographie	34450	
Kernspintomographie	34451	
Kernspintomographie	34452	
Kernspintomographie (Bestrahlungsplanung)	34460	
MR-Angiographie	34470	
MR-Angiographie	34475	
MR-Angiographie	34480	
MR-Angiographie	34485	
MR-Angiographie	34486	
MR-Angiographie	34489	
MR-Angiographie	34490	
MR-Angiographie	34492	
Röntgendiagnostik	34501	
Knochendichtemessung	34600	
Knochendichtemessung	34601	
PET, PET/CT	34700	
PET, PET/CT	34701	
PET, PET/CT	34702	
PET, PET/CT	34703	
PET, PET/CT	34704	
PET, PET/CT	34705	
PET, PET/CT	34706	
PET, PET/CT	34707	