

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

AugenT/_____

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: Tumoren des Auges****2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):** Krankenhaus Vertragsarzt* Medizinisches Versorgungszentrum/Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR: _____ BSNR: _____ Institutskennzeichen: _____

Sofern der Anzeigsteller ein Krankenhaus ist:

Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.

Ja Nein

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

Ja Nein

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

3. beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

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

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

5. Unterzeichnung:

Name: _____

Stempel/ Unterschrift:

Datum: _____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

- Ja Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

6. Weitere Anzeigsteller:

a) Anzeige weiterer teilnehmender Krankenhäuser

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

Name: _____

Stempel/ Unterschrift:

Datum: _____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

Ja

Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

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

Name: _____

Stempel/ Unterschrift:

Datum: _____

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigelegt:

Ja

Nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

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

Bevollmächtigter: _____

Unterschrift aller weiteren Anzeigsteller:

Name/Einrichtung:

Unterschrift:

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

AugenT/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil A**1. Personelle Anforderungen – Tumoren des Auges**

| 1.a) Angaben zur Teamleitung | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|--|
| Funktion: | Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift | LANR BSNR Institutskennezeichen | Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung | geeignete Nachweise beigefügt |
| Teamleitung | | LANR | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Vertretung* der Teamleitung | | LANR | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |

*optional

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 | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Vertretung* Teammitglied | | LANR | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Teammitglied | | LANR | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Vertretung* Teammitglied | | LANR | Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Teammitglied | | LANR | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie** | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Vertretung* Teammitglied | | LANR | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie** | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Teammitglied | | LANR | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Vertretung* Teammitglied | | LANR | Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |

*optional

**Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung muss bis zum 31.12.2015 erteilt worden sein

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 | Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Innere Medizin und Kardiologie | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Laboratoriumsmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Laboratoriumsmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Pathologie | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Pathologie | <input type="checkbox"/> |
| Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Radiologie | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR BSNR IK | Radiologie | <input type="checkbox"/> |

*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 | Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztlicher Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | <input type="checkbox"/> |
| | | IK | | <input type="checkbox"/> |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR | Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztlicher Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | <input type="checkbox"/> |
| | | IK | | <input type="checkbox"/> |
| und einzeln oder gemeinsam zu benennen | | | | |
| Hinzuzuziehender | | LANR | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Hinzuzuziehender | | LANR | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |
| Vertretung* Hinzuzuziehender | | LANR | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> |
| | | BSNR | | |
| | | IK | | |

*optional

AugenT - Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Ein Facharzt im interdisziplinären Team muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen:

| Funktion: | Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift | LANR BSNR Institutskennzeichen | Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung | geeignete Nachweise beigefügt |
|---------------|---|--|--|-------------------------------------|
| Name, Vorname | | LANR BSNR IK | | <input type="checkbox"/> |

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

2. Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1a) der ASV-Richtlinie ist der Abschluss einer ASV-Kooperation. Für die ASV-Versorgung bei onkologischen Erkrankungen ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich.

Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden.

Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gem. §§ 3 und 4 der ASV-Richtlinie sind hiervon unberührt.

- Es wurden eine oder mehrere Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie abgeschlossen. Diese liegen der Anzeige in beglaubigter Abschrift bei.

Gegenstand der Kooperationsvereinbarung(en) ist insbesondere:

- die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über die Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie,
- die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen,
- die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Aufgaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

- Eine Kooperationsvereinbarung gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie konnte nicht abgeschlossen werden, weil in meinem für die ASV relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist. Bitte begründen:

oder

- trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens zwei Monaten kein geeigneter, zur Kooperation bereiter Leistungserbringer gefunden werden konnte. Bitte begründen:

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

AugenT/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen

- Tumoren des Auges

1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

geeignete
Nachweise beigelegt

Soziale Dienste (Dienste bitte benennen):

Ocularist (bitte benennen):

Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege) (bitte benennen):

Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung (bitte benennen):

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

2. 24-Stunden-Notfallversorgung

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:

- | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| - Augenheilkunde | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Haut- und Geschlechtskrankheiten | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

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

3. Weitere sächliche und organisatorische Anforderungen

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

- | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| - Mit der Betreuung beauftragte 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 | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages wird jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Dem Patienten ist das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgt zeitnah. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es steht eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Für immundefiziente Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

- 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 steht eine mikrobiologische Diagnostik zur Verfügung. 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
- 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 Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes. 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 erbringenden Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar

ja

nein

Bemerkungen:

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

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

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

AugenT/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Tumoren des Auges**Kernteam****FA Innere Medizin und Onkologie und Hämatologie bzw.
FA für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie und Genehmigung einer
KV zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung**

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

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Tumoren des Auges

Kernteam

FA für Augenheilkunde

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C **Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen** - Tumoren des Auges

Kernteam

FA für Strahlentherapie

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Punkt 2d des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Strahlentherapie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Punkt 2b des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Computertomographie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (MRT-Bestrahlungsplanung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Tumoren des Auges

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Anästhesiologie

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

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Tumoren des Auges**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Innere Medizin und Kardiologie**

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FA für Laboratoriumsmedizin

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

FA für Nuklearmedizin

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – Punkt 2e des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Nuklearmedizin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Tumoren des Auges

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

FA für Pathologie

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| – In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen (Molekularpathologie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Psychologischer Psychotherapeut/Ärztlicher Psychotherapeut

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Tumoren des Auges

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Tumoren des Auges**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA Radiologie**

| Name: | geeignete Nachweise beigefügt* | bereits genehmigt** |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Punkt 2a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Punkt 2b des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Computertomographie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §291g Abs. 1 Satz 1 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren oder Leistung wird in einem Zentrum erbracht (Bescheid über die Bestimmung als Zentrum beifügen)

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

AugenT/ _____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

- Tumoren des Auges

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung onkologischer Erkrankungen, Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges 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 erbringenden Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.
- Es ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Verlaufs weiterhin gegeben sind. 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 auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss innerhalb von einem Quartal in eine gesicherte Diagnose überführt werden.
- 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

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|---|

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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.

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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:

AugenT/_____

Teil E Einverständniserklärung

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

Name, Vorname:

LANR:

Datum: _____

Unterschrift/Stempel

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

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

Hinweis

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

Rechte

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

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

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

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

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

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

Datum, Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

AugenT/_____

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Teil F Nachweis von Mindestmengen – Tumoren des Auges

1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9, Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie

1.1 Mindestmenge für das Kernteam allgemein

Das Kernteam muss mindestens 10 Patienten der in der Anlage 1.1a) onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges der ASV-RL unter Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

1.2 Arztbezogene Mindestmengen

Mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Arzt, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen

oder

mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Arzt, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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.

1.3 Berechnung

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

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeigenstellung heranzuziehen.

Die Behandlung eines Patienten durch mehrere Mitglieder wird nicht mehrfach gezählt.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

2. Nachweis über die Erfüllung der Mindestmengen der Mitglieder des Kernteams

Das Kernteam einschließlich der Teamleitung hat in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige mindestens 10 Patienten der in Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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 | | | |

Die Mindestmengen sind erfüllt:

- Ja
- Nein: Behandlungszahl: _____ = _____ % (mindestens 50%)

3. Nachweis über die Erfüllung der arztbezogenen Mindestmengen innerhalb des Kernteams

Ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie hat in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige insgesamt mindestens durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal betreut, darunter 70 Patienten mit medikamentöser Tumortherapie, davon 30 intravenös oder intrakavitär oder intraläsional, behandelt

- Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (möglichst in Form des unten stehenden Musters) beigefügt.

Muster Patientenliste:

Behandelnder Arzt: _____

Patientenliste von Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien (mind. 120):

| Fall-Nr. | Diagnose (ICD-10) | Behandlungszeitraum | davon mit medikamentöser Tumortherapie (mind. 70, bitte ankreuzen) | davon intravenös oder intrakavitär oder intraläsional (mind. 30, bitte ankreuzen) |
|----------|-------------------|---------------------|--|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

oder

ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams hat die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige durchgeführt hat, darunter 60 Patienten mit antineoplastischer Therapie, davon 20 intravenös oder intrakavitär antineoplastisch oder intraläsional behandelt.

Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (möglichst in Form des unten stehenden Musters) beigelegt.

Muster Patientenliste

Behandelnder Arzt: _____

Patientenliste von Patienten mit soliden Neoplasien (mind. 80):

| Fall-Nr. | Diagnose (ICD-10) | Behandlungszeitraum | davon mit antineoplastischer Tumortherapie (mind. 60, bitte ankreuzen) | davon intravenös oder intrakavitär antineoplastisch oder intraläsional (mind. 20, bitte ankreuzen) |
|----------|-------------------|---------------------|--|--|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

Die Mindestmengen sind erfüllt:

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

Datum: _____ Unterschrift (Teamleitung): _____

Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) _____

Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) _____

Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) _____

Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) _____

Datum: _____ Unterschrift (Mitglied des Kernteams) _____

Kernteam

Facharzt für Augenheilkunde

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

| Bezeichnung | GOP | bitte ankreuzen |
|-----------------------|-------|-----------------|
| Videosprechstunde | 01444 | |
| Videosprechstunde | 01450 | |
| Schmerztherapie | 30700 | |
| Schmerztherapie | 30702 | |
| Schmerztherapie | 30708 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33000 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33001 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33002 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33011 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33060 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33070 | |
| Psychosomatik | 35100 | |
| Psychosomatik | 35110 | |

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

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

| Zuschlagsziffern | GOP |
|------------------|-------|
| zu 33070 | 33075 |

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

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Anästhesiologie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

| Bezeichnung | GOP | bitte ankreuzen |
|--------------------|------------|-----------------|
| Videosprechstunde | 01450 | |
| Schmerztherapie | 30700 | |
| Schmerztherapie | 30702 | |
| Schmerztherapie | 30708 | |

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

Hinzuzuziehender Facharzt**Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

| Bezeichnung | GOP | bitte ankreuzen |
|-----------------------|-------|-----------------|
| Ultraschalldiagnostik | 33010 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33011 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33060 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33070 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33080 | |
| Röntgendiagnostik | 34212 | |
| Telekonsil | 34800 | |

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

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

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

| Zuschlagsziffern | GOP |
|------------------|-------|
| zu 33070 | 33075 |
| B-Modus | 33081 |
| zu 33081 | 33091 |

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

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

| Bezeichnung | GOP | bitte ankreuzen |
|---------------|-------|-----------------|
| Speziallabor* | 32155 | |
| | bis | |
| | 32935 | |

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

*gemäß Appendix

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

| Bezeichnung | GOP | bitte ankreuzen |
|-----------------------|-------|-----------------|
| Ultraschalldiagnostik | 33010 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33011 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33060 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33070 | |
| Ultraschalldiagnostik | 33080 | |
| Röntgendiagnostik | 34211 | |
| Röntgendiagnostik | 34212 | |
| Telekonsil | 34800 | |

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

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

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

| Zuschlagsziffern | GOP |
|------------------|-------|
| zu 33070 | 33075 |
| B-Modus | 33081 |
| zu 33081 | 33091 |

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

Hinzuzuziehende Fachärzte

Facharzt für Nuklearmedizin

Name, Vorname: _____

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

| Bezeichnung | GOP | bitte ankreuzen |
|----------------|-------|-----------------|
| Nuklearmedizin | 17310 | |
| Nuklearmedizin | 17311 | |
| Nuklearmedizin | 17350 | |
| Nuklearmedizin | 17351 | |
| Nuklearmedizin | 17360 | |
| Nuklearmedizin | 17361 | |
| Nuklearmedizin | 17362 | |
| Nuklearmedizin | 17363 | |
| Nuklearmedizin | 17372 | |

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

Hinzuzuziehender Facharzt

Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

Psychiatrie und Psychotherapie

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Name, Vorname:

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

| Bezeichnung | GOP | bitte ankreuzen |
|--------------------------------------|--------|-----------------|
| Videosprechstunde | 01450 | |
| Psychosomatik | 35100* | |
| Psychosomatik | 35110* | |
| Übende und suggestive Interventionen | 35111 | |
| Übende und suggestive Interventionen | 35112 | |

füllt die Geschäftsstelle eLA aus

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

* nur Fachärzte/Ärztliche Psychotherapeuten

- zum Verbleib beim Anzeigsteller -

Übersicht aller GOPen, die mit QS-Bestimmungen hinterlegt sind

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

| Bezeichnung | GOP | erfüllt durch |
|--|-------|---------------|
| Videosprechstunde | 01444 | |
| Videosprechstunde | 01450 | |
| ambulantes Operieren | 02321 | |
| Hautkrebsscreening | 10344 | |
| Langzeit-EKG | 13250 | |
| Langzeit-EKG | 13252 | |
| Langzeit-EKG | 13253 | |
| Zusatzpauschale Kardiologie | 13545 | |
| Nuklearmedizin | 17310 | |
| Nuklearmedizin | 17311 | |
| Nuklearmedizin | 17350 | |
| Nuklearmedizin | 17351 | |
| Nuklearmedizin | 17360 | |
| Nuklearmedizin | 17361 | |
| Nuklearmedizin | 17362 | |
| Nuklearmedizin | 17363 | |
| Nuklearmedizin | 17372 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19401 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19402 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19403 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19404 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19410 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19411 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19421 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19424 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19430 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19433 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19439 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19451 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19452 | |
| In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen | 19453 | |
| Strahlentherapie | 25321 | |
| Strahlentherapie | 25324 | |
| Strahlentherapie | 25328 | |
| Strahlentherapie | 25330 | |
| Strahlentherapie | 25331 | |
| Strahlentherapie | 25333 | |

| Bezeichnung | GOP | erfüllt durch |
|-----------------------------|-------|---------------|
| Strahlentherapie | 25340 | |
| Strahlentherapie | 25341 | |
| Strahlentherapie | 25342 | |
| Strahlentherapie | 25343 | |
| Schmerztherapie | 30700 | |
| Schmerztherapie | 30702 | |
| Schmerztherapie | 30708 | |
| Speziallabor | von | 32155 |
| Speziallabor | bis | 32935 |
| Ultraschalldiagnostik | | 33000 |
| Ultraschalldiagnostik | | 33001 |
| Ultraschalldiagnostik | | 33002 |
| Ultraschalldiagnostik | | 33010 |
| 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 |
| Ultraschalldiagnostik | | 33080 |
| 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 | | 34237 |
| Röntgendiagnostik | | 34240 |
| Röntgendiagnostik | | 34241 |
| Röntgendiagnostik | | 34242 |
| Röntgendiagnostik | | 34243 |
| Röntgendiagnostik | | 34244 |
| Röntgendiagnostik | | 34245 |
| Röntgendiagnostik | | 34260 |
| Röntgendiagnostik | | 34280 |
| interventionelle Radiologie | | 34283 |
| interventionelle Radiologie | | 34284 |
| interventionelle Radiologie | | 34285 |
| interventionelle Radiologie | | 34286 |
| interventionelle Radiologie | | 34287 |

| Bezeichnung | GOP | erfüllt durch |
|--------------------------------------|-------|---------------|
| Röntgendiagnostik | 34294 | |
| Röntgendiagnostik | 34295 | |
| 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-Bestrahlungsplanung | 34360 | |
| Kernspintomographie | 34410 | |
| Kernspintomographie | 34411 | |
| Kernspintomographie | 34420 | |
| Kernspintomographie | 34421 | |
| Kernspintomographie | 34422 | |
| Kernspintomographie | 34430 | |
| Kernspintomographie | 34440 | |
| Kernspintomographie | 34441 | |
| Kernspintomographie | 34442 | |
| Kernspintomographie | 34452 | |
| MRT-Bestrahlungsplanung | 34460 | |
| MR-Angiographie | 34470 | |
| MR-Angiographie | 34475 | |
| MR-Angiographie | 34486 | |
| MR-Angiographie | 34492 | |
| CT | 34505 | |
| Telekonsil | 34800 | |
| Telekonsil | 34810 | |
| Telekonsil | 34820 | |
| Telekonsil | 34821 | |
| Psychosomatik | 35100 | |
| Psychosomatik | 35110 | |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35111 | |
| Übende und Suggestive Interventionen | 35112 | |