

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

CED/ \_\_\_\_\_

**Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V****1. Gegenstand der Anzeige:** Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):** Krankenhaus  Vertragsarzt\* Medizinisches Versorgungszentrum/Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ Institutskennzeichen: \_\_\_\_\_

Sofern der Anzeigsteller ein Krankenhaus ist:

Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.

Ja Nein 

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

### 3. beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

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

### 4. Beginn der Teilnahme an der ASV ist vorgesehen ab dem: \_\_\_\_\_

Tag/Monat/Jahr

### 5. Unterzeichnung:

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

Stempel/ Unterschrift:

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

### Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

- Ja                       Nein

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**6. Weitere Anzeigsteller:****a) Anzeige weiterer teilnehmender Krankenhäuser**

<b>Genaue Bezeichnung:</b>		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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

Stempel/ Unterschrift:

--

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

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

Ja

Nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

Vorname, Name (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 1 Satz 2 SGB X:**

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

**Bevollmächtigter:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift aller weiteren Anzeigsteller:**

Name/ Einrichtung:

Unterschrift:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

CED/ \_\_\_\_\_

## Teil A

### 1. Personelle Anforderungen - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

\*optional

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

<b>c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR BSNR Institutskennzeichen</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>geeignete Nachweise beigefügt</b>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Pathologie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Pathologie	<input type="checkbox"/>

\*optional



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

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

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

<b>c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR  BSNR  Institutskennzeichen</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>geeignete Nachweise beigefügt</b>
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:</b>				
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  <b>oder</b>  Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  <b>oder</b>  Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>				
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>

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

---



---



---

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 2. Kooperationsvereinbarung gem. § 116b SGB V i.V.m. § 10 ASV-RL

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gemäß Anlage 1.1c) der ASV-Richtlinie ist der Abschluss einer ASV-Kooperation. Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Kooperationsvereinbarung vertreten sein. Die Vorgaben des § 10 der Richtlinie gelten entsprechend.

- Es wurden eine oder mehrere Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie i.V.m. Anlage 1.1c) 3.1 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 SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie i.V.m. Anlage 1.1c) 3.1 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

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

CED/ \_\_\_\_\_

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

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

geeignete  
Nachweise beigelegt

Soziale Dienste oder vergleichbare Dienste mit sozialen Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):



---



---

Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (bitte benennen):



---



---

Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte – z.B. Diätassistenten (bitte benennen):



---



---

Physikalische Therapie (bitte benennen):



---



---

Kontinenztherapie (bitte benennen):



---



---

Selbsthilfe (bitte benennen):



---



---

Stomatherapie (bitte benennen):



---



---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 2. 24-Stunden-Notfallversorgung

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Fachärzte

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Innere Medizin und Gastroenterologie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Viszeralchirurgie                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

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

## 3. Weitere sächliche und organisatorische Anforderungen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm bestehen   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung innerhalb 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort des Teamleiters | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

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

Ja  Nein

Bemerkungen:

---



---



---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

- 5. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar**

Ja

Nein

Bemerkungen:

---

---

---

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

CED/ \_\_\_\_\_

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**Kernteam****FA für Innere Medizin und Gastroenterologie**

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<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 § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschall Diagnostik	<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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Kernteam

#### FA für Kinder- und Jugendchirurgie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<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 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Kernteam

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

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Kernteam

#### FA für Kinder-und Jugendmedizin

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Punkt 1 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegende zur GOP 04335/09320/20320 des EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### FA für Viszeralchirurgie

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<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 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Augenheilkunde

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

#### FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Name / Institution:	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"/>

#### FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
- Hautkrebsscreening entspr. Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>

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

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Innere Medizin und Rheumatologie

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

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

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

#### 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

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

#### FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

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

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

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

\*\*\* nur Ärztlicher Psychotherapeut

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Psychiatrie und Psychotherapie

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

#### FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

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

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

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

\*\*\* nur Ärztlicher Psychotherapeut

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Radiologie

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 b des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Computertomographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 c des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Knochendichtemessung)	<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 KHEntgG

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Urologie

Name / Institution:	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 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

\*\* Genehmigung einer KV (Teil E oder Bescheid beifügen) oder positiv geprüft durch den eLA Thüringen in einem anderen ASV-Anzeigeverfahren



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

CED/ \_\_\_\_\_

## **Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV** – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung chronisch entzündliche Darmerkrankungen sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Die spezialfachärztlichen Leistungen des Kernteams werden am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten.
- Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4 a ASV-Richtlinie erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- Diagnostik und Behandlung (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit) werden dokumentiert.
- Es ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs 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. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs und nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Anzeigepflichten:

- Eine Vertretung der Mitglieder erfolgt nur durch Fachärzte, welche die in der ASV-Richtlinie des G-BA normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen; Vertretungen, die länger als eine Woche dauern, werden dem Erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVT und der LKHG Thüringen durch die Teamleitung gemeldet.
- Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehende Fachärzte) ausscheidet, ist dies dem Erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss nach § 116 b Abs. 3 Satz 1 SGB V ein neues Mitglied zu benennen.
- Der Wegfall der Erfüllung einzelner Voraussetzungen der ASV-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Es ist bekannt, dass der Erweiterte Landesausschuss berechtigt ist, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt werden.

## Hinweise auf weitere Pflichten:

- Auf Verlangen des Patienten hat eine Aktualisierung und, sofern der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von **Medikationsplänen** nach § 31a SGB V in Papierform zu erfolgen. Der Patient ist bei Verordnung eines Arzneimittels über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und der ASV zu informieren.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird ermöglicht.
- Mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.
- Die Patienten werden mit ihrem Einverständnis bei Erstkontakt mit der ASV umfassend und in für diese verständlicher Weise über das Versorgungsangebot der ASV, über das interdisziplinäre Team, über die Behandlungsmaßnahmen und -ziele und das betreffende Leistungsspektrum informiert und behandelt.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
--------------------------	---

**Anzeigsteller:**Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

**Teamleitung:**Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
--------------------------	---

**Kernteam:**Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname (Kernteammitglied): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.</b>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<b>Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.</b>
--------------------------	---

**Hinzuzuziehende Ärzte:**Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

CED/ \_\_\_\_\_

## Teil E Einverständniserklärung

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

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

LANR:

\_\_\_\_\_

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

Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

---

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

### Hinweis

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

### Rechte

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

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

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

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

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

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

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

CED/ \_\_\_\_\_

## **Teil F Nachweis von Mindestmengen** – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1c) Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie**

Die Mitglieder des Kernteams einschließlich der Teamleitung müssen insgesamt mindestens 100 Patienten der in Nummer 1 der Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe c der ASV-RL unter Nummer 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln haben.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige maßgeblich, die zu den in der Konkretisierung der Anlage 1.1 Buchstabe c der ASV-RL bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, in der integrierten nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt werden. Dabei wird die Behandlung eines Patienten durch mehrere Mitglieder nicht mehrfach gezählt.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim Erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

### **2. Nachweis über die Erfüllung der Mindestmengen der Mitglieder des Kernteams:**

Das Kernteam einschließlich der Teamleitung hat im Vorjahr dieser Anzeige insgesamt mindestens 100 Patienten der in der Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe c der ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.

Als Nachweis der Einhaltung der erforderlichen Mindestmengen ist eine pseudonymisierte Patientenliste (anhand des unten stehenden Musters) beigefügt.

Muster Patientenliste:

Fall-Nr.	Diagnose	Behandlungszeitraum	Behandelnder Arzt
1			
2			



# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Die Mindestmengen (insgesamt mindestens 100) sind erfüllt:

Ja

Nein: Behandlungszahl: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ % (mindestens 50%)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Teamleitung): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Mitglied des Kernteams): \_\_\_\_\_











Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Augenheilkunde

Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33000	
Ultraschalldiagnostik	33001	
Ultraschalldiagnostik	33002	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

**Hinzuzuziehender Facharzt****Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

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

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073/33074	33075
zu 33042/33043/33081	33090
zu 33042/33043/33044	33092

Prüfung GS	Hinweise



**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Hautkrebsscreening	10343	
Hautkrebsscreening	10344	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Ultraschalldiagnostik	33080	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Langzeit-EKG	13252	
Langzeit-EKG	13253	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Knochendichtemessung	34600	
Knochendichtemessung	34601	

*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	33075
zu 33040/33042	33090
zu 33040	33091
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Hinzuzuziehender Facharzt**

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

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

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

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

\* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut

**Hinzuzuziehender Facharzt**

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

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Knochendichtemessung	34600	
Knochendichtemessung	34601	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33073	33075
zu 33040/33042	33090
zu 33040	33091
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Laboratoriumsmedizin**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Speziallabor*	32166	
	bis*	
	32853	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

\*gemäß Appendix

**Hinzuzuziehender Facharzt**

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

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01450	
Psychosomatik	35100*	
Psychosomatik	35110*	
Übende und Suggestive Interventionen	35111	
Übende und Suggestive Interventionen	35112	
Übende und Suggestive Interventionen	35113	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

\* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut



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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
Röntgendiagnostik	34295					
CT	34322					
CT	34330					
CT	34340					
CT	34341					
CT	34342					
CT	34343					
CT	34344					
CT	34345					
CT	34350					
CT	34351					
Kernspintomographie	34422					
Kernspintomographie	34430					
Kernspintomographie	34440					
Kernspintomographie	34441					
Kernspintomographie	34442					
Kernspintomographie	34450					
Kernspintomographie	34451					
Kernspintomographie	34452					
MR-Angiographie	34480					
MR-Angiographie	34485					
MR-Angiographie	34486					
MR-Angiographie	34489					
Röntgendiagnostik	34500					
Röntgendiagnostik	34501					
Knochendichtemessung	34600					
Knochendichtemessung	34601					
Telekonsil	34800					
Telekonsil	34810					
Telekonsil	34820					
Telekonsil	34821					

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

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



**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Urologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	02321	
ambulantes Operieren	26310	
ambulantes Operieren	26311	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Röntgendiagnostik	34255	
Röntgendiagnostik	34256	
Röntgendiagnostik	34257	
Röntgendiagnostik	34260	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33042/33043	33090
zu 33042/33043	33092

Prüfung GS	Hinweise

## - 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	erfüllt durch
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG (KiJu)	04241	
Langzeit-EKG (KiJu)	04322	
Audiometrie	04353	
Koloskopie (KiJu)	04514	
Koloskopie (KiJu)	04515	
Koloskopie (KiJu)	04518	
Koloskopie (KiJu)	04520	
Kapselendoskopie (KiJu)	04528	
Kapselendoskopie (KiJu)	04529	
ambulantes Operieren	08311	
Hautkrebsscreening	10343	
Hautkrebsscreening	10344	
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	
Kapselendoskopie	13425	
Kapselendoskopie	13426	
amb. Operieren/Röntgendiagnostik	13430	
amb. Operieren/Röntgendiagnostik	13431	
ambulantes Operieren	26310	
ambulantes Operieren	26311	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Speziallabor	von	32166
Speziallabor	bis	32853
Ultraschalldiagnostik		33000
Ultraschalldiagnostik		33001
Ultraschalldiagnostik		33002
Ultraschalldiagnostik		33011
Ultraschalldiagnostik		33012
Ultraschalldiagnostik		33040
Ultraschalldiagnostik		33042
Ultraschalldiagnostik		33043

Bezeichnung	GOP	erfüllt durch
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33050	
Ultraschalldiagnostik	33072	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33074	
Ultraschalldiagnostik	33080	
Ultraschalldiagnostik	33081	
Röntgendiagnostik	34212	
Röntgendiagnostik	34220	
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34231	
Röntgendiagnostik	34232	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
Röntgendiagnostik	34246	
Röntgendiagnostik	34247	
Röntgendiagnostik	34248	
Röntgendiagnostik	34250	
Röntgendiagnostik	34251	
Röntgendiagnostik	34255	
Röntgendiagnostik	34256	
Röntgendiagnostik	34257	
Röntgendiagnostik	34260	
interventionelle Radiologie	34283	
interventionelle Radiologie	34284	
interventionelle Radiologie	34285	
interventionelle Radiologie	34286	
interventionelle Radiologie	34287	
Röntgendiagnostik	34293	
Röntgendiagnostik	34294	
Röntgendiagnostik	34295	
CT	34322	
CT	34330	
CT	34340	
CT	34341	
CT	34342	
CT	34343	
CT	34344	
CT	34345	
CT	34350	

Bezeichnung	GOP	erfüllt durch
CT	34351	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
Kernspintomographie	34450	
Kernspintomographie	34451	
Kernspintomographie	34452	
MR-Angiographie	34480	
MR-Angiographie	34485	
MR-Angiographie	34486	
MR-Angiographie	34489	
Röntgendiagnostik	34500	
Röntgendiagnostik	34501	
Knochendichtemessung	34600	
Knochendichtemessung	34601	
Telekonsil	34800	
Telekonsil	34810	
Telekonsil	34820	
Telekonsil	34821	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	
Übende und Suggestive Interventionen	35111	
Übende und Suggestive Interventionen	35112	
Übende und Suggestive Interventionen	35113	