

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

Epil/ \_\_\_\_\_

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

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>Genauere 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"/>
Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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

Stempel/ Unterschrift:

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

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

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 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:

Epil/ \_\_\_\_\_

**Teil A****Personelle Anforderungen** – zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

<b>a) Angaben zur Teamleitung</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR BSNR Institutskennzeichen</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>geeignete Nachweise beigefügt</b>
Teamleitung		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
<b>Sofern ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ benannt werden:</b>				
Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	<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	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:				
Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\* optional

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriums- medizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriums- medizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*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> Psychologischer Psychotherapeut <b>oder</b> Ärztlicher 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> Psychologischer Psychotherapeut <b>oder</b> Ärztlicher 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		
<b>Zusätzlich kann benannt werden:</b>				
Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie mit SP Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie mit SP Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\* optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:				
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	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 SP Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend- Kardiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>				
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend- Endokrinologie und - Diabetologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		<input type="checkbox"/>
		IK		<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend- Endokrinologie und - Diabetologie	<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

Aktenzeichen:

Epil/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## **Teil B**    **sächliche und organisatorische Anforderungen** – zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

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

geeignete  
Nachweise beigelegt

ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (bitte benennen):

---

---

---

Epilepsie-Chirurgie (bitte benennen):

---

---

---

Ergotherapie (bitte benennen):

---

---

---

Logopädie (bitte benennen):

---

---

---

Physiotherapie (bitte benennen):

---

---

---

Soziale Dienste (Dienste bitte benennen):

---

---

---

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

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem Facharzt für

- Neurologie

ja

nein

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 3. Weitere sächliche und organisatorische Anforderungen

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

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

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

ja       nein

Bemerkungen:

---



---



---

## 5. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (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: Epil/ _____
------------------------------

## Teil C      **Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**

- zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

### **Kernteam**

#### **FA für Neurologie**

Name: _____	<b>geeignete Nachweise beigefügt*</b>	<b>bereits genehmigt**</b>
- 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"/>
- 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**  
- zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**Kernteam****FA für Kinder- und Jugendmedizin**

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"/>
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegenden zu GOPen 04335/04353 EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sozialpädiatrie gemäß Präambel zum Abschnitt 4.2.4 EBM	<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 - zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

### Kernteam

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

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"/>
– Punkt 1 des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegenden zu GOPen 04335/09320/20320 EBM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sozialpädiatrie gemäß Präambel zum Abschnitt 4.2.4 EBM	<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 - zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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"/>

#### FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

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"/>

\*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 - zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

### 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 Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### FA für 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"/>

\*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 - zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

### Hinzuzuziehende Fachärzte

#### Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut

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 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 Psychiatrie und Psychotherapie

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 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 gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<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

- zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

### Hinzuzuziehende Fachärzte

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

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

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– 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 Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2a des Anhangs zu § 4a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie**

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

**FA für Radiologie**

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 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 (MRT-Bestrahlungsplanung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Checkliste mit entsprechenden Nachweisen oder Nachweis über die Festlegung als Zentrum gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 im 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**  
- zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie**

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 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 § 291 g Absatz 2 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

Epil/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## **Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV – zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**

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

Aktenzeichen:

Epil/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## 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:

Epil/ \_\_\_\_\_

## **Teil F Nachweis von Mindestmengen – zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.2 Buchstabe b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie), Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie**

Das Kernteam muss mindestens 110 Patienten der in der Anlage 1.2 Buchstabe b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) der ASV-RL unter Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

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

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

Bei ausschließlicher Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird keine Mindestmenge festgelegt.

### **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 110 Patienten der in Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt.

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

Muster Patientenliste:

Fall-Nr.	Diagnose	Behandlungszeitraum	Behandelnder Arzt
1			
2			

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Die Mindestmengen sind erfüllt:

Ja

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

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

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

**Kernteam**

**Facharzt für Neurologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Ultraschalldiagnostik	33100	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33070/33071	33075
B-Modus	33081
zu 33040/33042/33081	33090
zu 33040/33081	33091
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise



**Kernteam**

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

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
Langzeit-EKG	04241	
Langzeit-EKG	04322	
Audiometrie	04335	
Audiometrie	04353	
Sozialpädiatrie	04356	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Ultraschalldiagnostik	33100	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33070/33071	33075
B-Modus	33081
zu 33040/33042/33081	33090
zu 33040/33081	33091
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

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

*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 33042	33090
zu 33042/33043	33092

Prüfung GS	Hinweise

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG	13252	
Langzeit-EKG	13253	
Ultraschalldiagnostik	33012	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33040	33090
zu 33012/33040	33091
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise



Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Speziallabor*	32167	
	bis	
	32853	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

\* gemäß Appendix

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut  
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Facharzt für 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	
Übende und Suggestive Interventionen	35113	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

\* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut

**Hinzuzuziehender Facharzt**

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

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

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

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

\* nur Facharzt/Ärztlicher Psychotherapeut

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen	bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
			KV	Indikation		
Langzeit-EKG	04241					
Langzeit-EKG	04322					
Zusatzpauschale Kardiologie*	04410					
Rhythmusimplantatkontr.	04411					
Rhythmusimplantatkontr.	04413					
Rhythmusimplantatkontr.	04414					
Rhythmusimplantatkontr.	04415					
Rhythmusimplantatkontr.	04416					
Ultraschalldiagnostik	33020					
Ultraschalldiagnostik	33021					
Ultraschalldiagnostik	33022					
Ultraschalldiagnostik	33023					
Ultraschalldiagnostik	33030					
Ultraschalldiagnostik	33031					
Ultraschalldiagnostik	33040					
Ultraschalldiagnostik	33042					
Ultraschalldiagnostik	33073					
Röntgendiagnostik	34290					
invasive Kardiologie	34291					
invasive Kardiologie	34292					
invasive Kardiologie	34298					

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

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP	Prüfung GS	Hinweise
zu 04411/04413/04415	04417		
zu 33020/33021/33022/33030/33031	33046		
zu 33040	33090		
zu 33040	33091		

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-  
Endokrinologie und -Diabetologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33012	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33042	33046
zu 33040	33090
zu 33012/33040	33091
zu 33042	33092

Prüfung GS	Hinweise









## - zum Verbleib beim Anzeigsteller -

**Übersicht aller GOPen, die mit QS-Bestimmungen hinterlegt sind**

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

Bezeichnung	GOP	erfüllt durch
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Langzeit-EKG (KiJu)	04241	
Langzeit-EKG (KiJu)	04322	
Audiometrie	04335	
Audiometrie	04353	
Sozialpädiatrie (KiJu)	04356	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04410	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04411	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04413	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04414	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04415	
Rhythmusimplantatkontrolle (KiJu)	04416	
ambulantes Operieren	08311	
Langzeit-EKG	13252	
Langzeit-EKG	13253	
Rhythmusimplantatkontrolle	13545	
Rhythmusimplantatkontrolle	13571	
Rhythmusimplantatkontrolle	13573	
Rhythmusimplantatkontrolle	13574	
Rhythmusimplantatkontrolle	13575	
Rhythmusimplantatkontrolle	13576	
Speziallabor	von 32167	
Speziallabor	bis 32853	
Ultraschalldiagnostik	33012	
Ultraschalldiagnostik	33020	
Ultraschalldiagnostik	33021	
Ultraschalldiagnostik	33022	
Ultraschalldiagnostik	33023	
Ultraschalldiagnostik	33030	
Ultraschalldiagnostik	33031	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33044	
Ultraschalldiagnostik	33052	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Ultraschalldiagnostik	33072	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33100	
Röntgendiagnostik	34210	

## - 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
Röntgendiagnostik	34212	
Röntgendiagnostik	34220	
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34223	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34231	
Röntgendiagnostik	34232	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34238	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
interventionelle Radiologie	34283	
interventionelle Radiologie	34284	
interventionelle Radiologie	34285	
interventionelle Radiologie	34286	
interventionelle Radiologie	34287	
Röntgendiagnostik	34290	
invasive Kardiologie	34291	
invasive Kardiologie	34292	
Röntgendiagnostik	34294	
Röntgendiagnostik	34295	
invasive Kardiologie	34298	
CT	34310	
CT	34311	
CT	34312	
CT	34320	
CT	34321	
CT	34322	
CT	34330	
CT	34340	
CT	34341	
CT	34342	
CT	34343	
CT	34344	
CT	34345	
CT	34350	
CT	34351	
Kernspintomographie	34410	

## - 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
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34420	
Kernspintomographie	34421	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
Kernspintomographie	34450	
Kernspintomographie	34451	
Kernspintomographie	34452	
MR-Angiographie	34470	
MR-Angiographie	34475	
MR-Angiographie	34480	
MR-Angiographie	34485	
MR-Angiographie	34486	
MR-Angiographie	34489	
MR-Angiographie	34490	
MR-Angiographie	34492	
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	