

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Aktenzeichen:

KopfT/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

**Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V****1. Gegenstand der Anzeige: Kopf- oder Halstumoren****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 Kopf- oder Halstumoren.

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"/>
Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Kopf- oder Halstumoren.	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**

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

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

Stempel/ Unterschrift:

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

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

Ja

Nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

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

**Bevollmächtigter:** \_\_\_\_\_

### Unterschrift aller weiteren Anzeigsteller:

Name/Einrichtung:

Unterschrift:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

Aktenzeichen:

KopfT/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

**Teil A****1. Personelle Anforderungen - Kopf- oder Halstumoren**

<b>1.a) Angaben zur Teamleitung</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR BSNR Institutskennezeichen</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>geeignete Nachweise beigefügt</b>
Teamleitung		LANR BSNR IK	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin** mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie***	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin** mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie***	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>oder</b>				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>				
Teamleitung		LANR BSNR IK	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* der Teamleitung		LANR BSNR IK	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>

\*optional

\*\*alle Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
<b>Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse auch:</b>				
Teamleitung		LANR	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
<b>oder</b>				
Teamleitung		LANR	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.b) Angaben zum Kernteam				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Teammitglied		LANR	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin** mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie***	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>oder</b> Innere Medizin** mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie***	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Teammitglied		LANR	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Teammitglied		LANR	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

\*optional

\*\*alle Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.b) Angaben zum Kernteam				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
<b>Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:</b>				
Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
Teammitglied		LANR BSNR IK	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>
Teammitglied		LANR BSNR IK	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Teammitglied		LANR BSNR IK	Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Gefäßchirurgie	<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	Humangenetik**	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Humangenetik**	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR BSNR IK	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>

\*optional

\*\* nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

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

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

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

\*optional

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR  BSNR  Institutskennzeichen	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz-Weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt			
Name, Vorname		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="710 607 963 640">LANR</td> </tr> <tr> <td data-bbox="710 640 963 674">BSNR</td> </tr> <tr> <td data-bbox="710 674 963 707">IK</td> </tr> </table>	LANR	BSNR	IK		<input type="checkbox"/>
LANR							
BSNR							
IK							

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


# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

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

Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden.

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

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

Gegenstand der Kooperationsvereinbarung(en) ist insbesondere:

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

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

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist. Bitte begründen:

---



---



---



---



---

oder

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

---



---



---



---



---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

KopfT/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

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

- Kopf- oder Halstumoren

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

geeignete  
Nachweise beigelegt

Soziale Dienste (Dienste bitte benennen):

---

---

---

Physiotherapie (Praxis bitte benennen):

---

---

---

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

---

---

---

Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung (bitte benennen):

---

---

---

Logopädie:

---

---

---

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## 2. 24-Stunden-Notfallversorgung

Mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte:

- |  |    |                          |      |                          |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                    | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:

- |                     |    |                          |      |                          |
|---------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| - Viszeralchirurgie | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|

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

## 3. Weitere sächliche und organisatorische Anforderungen

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

- |  |    |                          |      |                          |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| - Mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, wird die entsprechende Erfahrung vorgewiesen.  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages wird jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Dem Patienten ist das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen.   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgt zeitnah.  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es steht eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung.   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

- |  |    |                          |      |                          |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| - Für immundefiziente Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung.  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe.   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es wird eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten.          | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es steht eine Mikrobiologie zur Verfügung.   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten bereitgehalten.   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung innerhalb 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es sind stationäre Notfalloperationen möglich.   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Den Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| - Es erfolgt eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes.   | 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

Aktenzeichen:

KopfT/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- Kopf- oder Halstumoren**Kernteam****FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Methoden – Bestimmung otoakustischer Emissionen (Otoakustik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– 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"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die 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"/>
– Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie (entspr. Leistungslegenden zu GOPen 04335/09320/20320 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 - Kopf- oder Halstumoren

### Kernteam

**FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie bzw.**

**FA für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie**

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"/>
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 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 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 § 4 a ASV-Richtlinie (Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen)	<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**  
- Kopf- oder Halstumoren**Kernteam****FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

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

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

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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- Kopf- oder Halstumoren**Kernteam****FA für Strahlentherapie**

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 d des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Strahlentherapie)	<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 (MRT-Be- strahlungsplanung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Video- sprechstunde 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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- Kopf- oder Halstumoren**Kernteam****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 § 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"/>
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 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 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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- Kopf- oder Halstumoren**Kernteam****FA für Viszeralchirurgie**

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"/>
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 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 Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 a des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<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**  
- Kopf- oder Halstumoren**Kernteam****FA für Nuklearmedizin**

Name:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Punkt 2 e des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Nuklearmedizin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT)	<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**  
- Kopf- oder Halstumoren**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Anästhesiologie**

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"/>
– Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten entspr. § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– 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"/>

**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 Haut- und Geschlechtskrankheiten**

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs)	<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**  
- Kopf- oder Halstumoren**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Gefäßchirurgie**

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"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FA für Innere Medizin und Gastroenterologie**

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<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"/>
– Punkt 3 des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Koloskopie)	<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**  
- Kopf- oder Halstumoren**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Innere Medizin und Kardiologie**

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<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 invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FA für Innere Medizin und Pneumologie**

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

**FA für Laboratoriumsmedizin**

Name / 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**  
- Kopf- oder Halstumoren**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Neurochirurgie**

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"/>

**FA für Neurologie**

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"/>

\*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**  
- Kopf- oder Halstumoren**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Nuklearmedizin**

Name / Institution:	geeignete Nachweise beigefügt*	bereits genehmigt**
– Punkt 2 e des Anhangs zu § 4 a ASV-Richtlinie (Nuklearmedizin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FA für Pathologie**

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

**Psychologischer Psychotherapeut/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 in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b 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

\*\*\* nur Ärztlicher Psychotherapeut

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Kopf- oder Halstumoren

### 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 in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä)	<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 in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b 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

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen**  
- Kopf- oder Halstumoren**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"/>
– Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT) in Verbindung mit Röntgendiagnostik und Computertomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 1 Satz 1 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Aktenzeichen:

KopfT/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## **Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV - Kopf- oder Halstumoren**

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung onkologischer Erkrankungen, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren 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. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Verlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs und nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

## Anzeigepflichten:

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

KopfT/ \_\_\_\_\_

## **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

Aktenzeichen:

KopfT/ \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

## **Teil F Nachweis von Mindestmengen – Kopf- oder Halstumoren**

### **1. Erforderliche Mindestmengen gemäß Anlage 1.1a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6, Nummer 3.4 der ASV-Richtlinie**

#### **1.1 Mindestmenge für das Kernteam allgemein**

Das Kernteam muss mindestens 70 Patienten der in der Anlage 1.1a) onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren der ASV-RL unter Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

#### **1.2 Arztbezogene Mindestmengen**

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

**oder**

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

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

#### **1.3 Berechnung**

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

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

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

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

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

Das Kernteam einschließlich der Teamleitung hat in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige mindestens 70 Patienten der in Nummer „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt.

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

Muster Patientenliste:

Fall-Nr.	Diagnose	Behandlungszeitraum	Behandelnder Arzt
1			
2			

Die Mindestmengen sind erfüllt:

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

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

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

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

Muster Patientenliste:

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

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

Fall-Nr.	Diagnose (ICD-10)	Behandlungszeitraum	davon mit medikamentöser Tumortherapie (mind. 70, bitte ankreuzen)	Davon: Intravenös oder Intrakavitär oder Intraläsional (mind. 30, bitte ankreuzen)
1				
2				

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS**

in Thüringen

**oder**

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

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

Muster Patientenliste

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

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

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

Die Mindestmengen sind erfüllt:

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

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

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















**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Anästhesiologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Schmerztherapie	30700	
Schmerztherapie	30702	
Schmerztherapie	30708	

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>	<b>GS</b>	

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Augenheilkunde

Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33000	
Ultraschalldiagnostik	33001	
Ultraschalldiagnostik	33002	

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		



Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Hautkrebsscreening	10344	
Ultraschalldiagnostik	33080	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		





**Hinzuzuziehender Facharzt****Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
ambulantes Operieren	02321	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33073	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33073	33075
zu 33040	33090
zu 33040	33091

Prüfung GS	Hinweise

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Laboratoriumsmedizin**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP</b>	bitte ankreuzen
Speziallabor*	32164	
	bis	
	32867	

<b>bereits genehmigt</b>		<b>Prüfung GS</b>	<b>Hinweise</b>
<b>KV</b>	<b>Indikation</b>		

\*gemäß Appendix

Hinzuzuziehender Facharzt

Facharzt für Neurochirurgie

Name, Vorname:

---

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Röntgendiagnostik	34210	
Röntgendiagnostik	34503	
CT	34504	
CT	34505	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33070/33071	33075

Prüfung GS	Hinweise

**Hinzuzuziehender Facharzt**

**Facharzt für Neurologie**

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

Bezeichnung	GOP	bitte ankreuzen
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33063	
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Röntgendiagnostik	34503	
CT	34504	
CT	34505	

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

Erfüllung der Voraussetzungen der Zuschlagsziffern wird automatisch geprüft

Zuschlagsziffern	GOP
zu 33070/33071	33075

Prüfung GS	Hinweise





**Hinzuzuziehender Facharzt**

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

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

Folgende Leistungen sollen ausgeführt werden:

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

*füllt die Geschäftsstelle eLA aus*

bereits genehmigt		Prüfung GS	Hinweise
KV	Indikation		

\* nur Fachärzte/Ärztliche Psychotherapeuten







## - zum Verbleib beim Anzeigsteller -

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

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

Bezeichnung	GOP	erfüllt durch
Videosprechstunde	01444	
Videosprechstunde	01450	
ambulantes Operieren	02321	
Audiometrie	09320	
Otoakustik	09324	
Audiometrie	09327	
Hörgeräteversorgung	09372	
Hörgeräteversorgung	09373	
Hörgeräteversorgung	09374	
Hörgeräteversorgung	09375	
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	
amb. Operieren/Röntgendiagnostik	13431	
Nuklearmedizin	17310	
Nuklearmedizin	17311	
Nuklearmedizin	17320	
Nuklearmedizin	17321	
Nuklearmedizin	17330	
Nuklearmedizin	17331	
Nuklearmedizin	17332	
Nuklearmedizin	17333	
Nuklearmedizin	17340	
Nuklearmedizin	17341	
Nuklearmedizin	17350	
Nuklearmedizin	17351	
Nuklearmedizin	17360	
Nuklearmedizin	17361	
Nuklearmedizin	17362	
Nuklearmedizin	17363	
Nuklearmedizin	17370	
Nuklearmedizin	17372	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19401	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19402	

Bezeichnung	GOP	erfüllt durch
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19403	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19404	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19410	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19411	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19421	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19424	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19451	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19452	
In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen	19453	
Strahlentherapie	25321	
Strahlentherapie	25324	
Strahlentherapie	25328	
Strahlentherapie	25331	
Strahlentherapie	25333	
Strahlentherapie	25340	
Strahlentherapie	25341	
Strahlentherapie	25342	
Strahlentherapie	25343	
ambulantes Operieren	30600	
ambulantes Operieren	30601	
Schmerztherapie	30700	
Schmerztherapie	30702	
Schmerztherapie	30708	
Speziallabor von	32155	
Speziallabor bis	32858	
Ultraschalldiagnostik	33000	
Ultraschalldiagnostik	33001	
Ultraschalldiagnostik	33002	
Ultraschalldiagnostik	33010	
Ultraschalldiagnostik	33011	
Ultraschalldiagnostik	33012	
Ultraschalldiagnostik	33020	
Ultraschalldiagnostik	33021	
Ultraschalldiagnostik	33022	
Ultraschalldiagnostik	33023	
Ultraschalldiagnostik	33030	
Ultraschalldiagnostik	33031	
Ultraschalldiagnostik	33040	
Ultraschalldiagnostik	33042	
Ultraschalldiagnostik	33043	
Ultraschalldiagnostik	33060	
Ultraschalldiagnostik	33061	
Ultraschalldiagnostik	33063	

Bezeichnung	GOP	erfüllt durch
Ultraschalldiagnostik	33070	
Ultraschalldiagnostik	33071	
Ultraschalldiagnostik	33072	
Ultraschalldiagnostik	33073	
Ultraschalldiagnostik	33076	
Ultraschalldiagnostik	33080	
Ultraschalldiagnostik	33081	
Röntgendiagnostik	34210	
Röntgendiagnostik	34211	
Röntgendiagnostik	34212	
Röntgendiagnostik	34220	
Röntgendiagnostik	34221	
Röntgendiagnostik	34222	
Röntgendiagnostik	34230	
Röntgendiagnostik	34231	
Röntgendiagnostik	34232	
Röntgendiagnostik	34233	
Röntgendiagnostik	34234	
Röntgendiagnostik	34235	
Röntgendiagnostik	34237	
Röntgendiagnostik	34238	
Röntgendiagnostik	34240	
Röntgendiagnostik	34241	
Röntgendiagnostik	34242	
Röntgendiagnostik	34243	
Röntgendiagnostik	34244	
Röntgendiagnostik	34245	
Röntgendiagnostik	34246	
Röntgendiagnostik	34247	
Röntgendiagnostik	34248	
Röntgendiagnostik	34260	
Röntgendiagnostik	34280	
interventionelle Radiologie	34283	
interventionelle Radiologie	34284	
interventionelle Radiologie	34285	
interventionelle Radiologie	34286	
interventionelle Radiologie	34287	
invasive Kardiologie/ Röntgendiagnostik	34291	
invasive Kardiologie/ Röntgendiagnostik	34292	
Röntgendiagnostik	34293	
Röntgendiagnostik	34294	
Röntgendiagnostik	34295	
Röntgendiagnostik	34296	
invasive Kardiologie/ Röntgendiagnostik	34298	
CT	34310	
CT	34311	
CT	34312	
CT	34320	

Bezeichnung	GOP	erfüllt durch
CT	34321	
CT	34322	
CT	34330	
CT	34340	
CT	34341	
CT	34342	
CT	34343	
CT	34344	
CT	34345	
CT	34350	
CT	34351	
CT-Bestrahlungsplanung	34360	
Kernspintomographie	34410	
Kernspintomographie	34411	
Kernspintomographie	34420	
Kernspintomographie	34421	
Kernspintomographie	34422	
Kernspintomographie	34430	
Kernspintomographie	34440	
Kernspintomographie	34441	
Kernspintomographie	34442	
Kernspintomographie	34450	
Kernspintomographie	34451	
Kernspintomographie	34452	
MRT-Bestrahlungsplanung	34460	
MR-Angiographie	34470	
MR-Angiographie	34475	
MR-Angiographie	34480	
MR-Angiographie	34485	
MR-Angiographie	34486	
MR-Angiographie	34489	
MR-Angiographie	34490	
MR-Angiographie	34492	
Röntgendiagnostik	34501	
Röntgendiagnostik	34503	
CT	34504	
CT	34505	
PET, PET/CT	34700	
PET, PET/CT	34701	
PET, PET/CT	34702	
PET, PET/CT	34703	
Telekonsil	34800	
Telekonsil	34810	
Telekonsil	34820	
Telekonsil	34821	
Psychosomatik	35100	
Psychosomatik	35110	
Übende und Suggestive Interventionen	35111	
Übende und Suggestive Interventionen	35112	