

**Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen /
Landeskrankenhausgesellschaft BW**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 - 483917

**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV)**

**Anzeigsteller/in nach § 116b Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V
(SGB V):**

– Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus –

Teamleitung:

Krankenhaus:

Straße:

PLZ, Ort:

Institutionskennzeichen (IK-Nummer):

Bearbeiter/in:

Telefon:

E-Mail:

Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus

Es wird angezeigt, dass das genannte Krankenhaus die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringt.

Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:

gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

entsprechend der [Anlage 1.1 a der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“](#), im Folgenden „Richtlinie“ genannt.

Hinweis: Sollen mehrere Leistungen aus dem Katalog zu § 116b SGB V erbracht werden, sind jeweils separate Anzeigen zu stellen.

Ich versichere, die Anforderungen der Richtlinie an die Erbringung der angezeigten Leistungen zu erfüllen. Die zugehörigen Verpflichtungen werden beachtet.

Zur Prüfung der Anzeige durch den erweiterten Landesausschuss sind **alle** nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):

| | |
|--|--------------------------|
| Anlage 1: Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 2: Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 3: Sächliche und organisatorische Anforderungen | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 4: Mindestmengen und Qualitätssicherung | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 5 Versicherungserklärung | <input type="checkbox"/> |

Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) Anlage 1

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder einen Facharzt / eine Fachärztin für Strahlentherapie oder einen Facharzt / eine Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt / eine Fachärztin für Allgemeinchirurgie oder einen Facharzt / eine Fachärztin für Viszeralchirurgie.

Darüber hinaus kann die Teamleitung auch durch einem Facharzt / einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie erfolgen, soweit diesem / dieser bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Weiterhin kann die Teamleitung auch durch einem Facharzt / einer Fachärztin für Innere Medizin erfolgen, sofern diesem / dieser bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom kann die Teamleitung auch von einem Facharzt / einer Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder einem Facharzt / einer Fachärztin für Nuklearmedizin übernommen werden.

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 der Richtlinie). Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

Das Team wird geleitet und koordiniert von:

| Name der Teamleitung/ Adresse(n) | Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung | Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt. | Teilnahme als: ② |
|-------------------------------------|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |

Mitglieder des Kernteams*: [?]

| Name der Mitglieder/ Adresse(n) | Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung | Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt. | Teilnahme als: |
|------------------------------------|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |

②

*Ein Facharzt / eine Fachärztin (sofern nicht Teamleitung) für:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
oder
für **Innere Medizin** mit dem Nachweis der **Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie**, dem / der bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende **Zulassung und Genehmigung** zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.
 - Strahlentherapie.
 - Innere Medizin und Gastroenterologie
oder
für Innere Medizin, dem / der bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende **Zulassung und Genehmigung** für die Erbringung **gastroenterologischer Leistungen** seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.
 - Allgemeinchirurgie **oder** Viszeralchirurgie
- Bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom** muss auch ein
- Facharzt / eine Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und
 - ein Facharzt / eine Fachärztin für Nuklearmedizin am Kernteam beteiligt werden. ②

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

Anästhesiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: ? | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich ? | <input type="checkbox"/> Institutionell ? |
| Kooperationsvertrag beigefügt: ? | <input type="checkbox"/> Ja | |

Nuklearmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Innere Medizin und Kardiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Neurologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Humangenetik

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Innere Medizin und Nephrologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Laboratoriumsmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Radiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Pathologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |

| | |
|---|-----------------|
| Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) | Anlage 2 |
|---|-----------------|

Urologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | | <input type="checkbox"/> Ja |

Folgende Fachärztin/folgender Facharzt des interdisziplinären Teams verfügt über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin:

| Name des Mitgliedes/ Adresse | Zusatzbezeichnung | Kopie der Zusatzbezeichnung ist beigelegt. |
|---------------------------------|-------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja. |

Bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom oder anderen endokrinologischen Tumoren zusätzlich [?]

Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | | <input type="checkbox"/> Ja |

I. Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen (hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung):

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- soziale Dienste
- zugelassene(r) Physiotherapeut(in) [?]
- ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologischer Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegekraft mit diesbezüglicher Erfahrung

II. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Vorliegendes bitte ankreuzen):

24-Stunden-Notfallversorgung **mind. in Form einer Rufbereitschaft** welche aus einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht: [?]

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Allgemein Chirurgie oder Viszeralchirurgie

Alternativ bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst **auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche Bildgebende Diagnostik.**

Liegt vor

**Maximale Entfernung der Notfallversorgung zum Tätigkeitsort der Teamleitung 30 Min.
gem. § 4 Abs. 1 der Richtlinie**

Liegt vor

Mit der Betreuung beauftragte Pflegekräfte sollen **mehrheitlich** eine **staatlich anerkannte Zusatzqualifikation** zur **onkologischen Pflege** besitzen.

Liegt vor

Es stehen Behandlungsplätze in ausreichender Zahl auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für die Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung.

Ja

Es findet eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe statt.

Ja

Es ist gewährleistet, dass eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika möglich ist und die notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

Ja

Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimationen und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten.

Ja

Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung

Ja

Es sind stationäre Notfalloperationen möglich.

Ja

III. Räumliche Voraussetzungen:

Es stehen für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten- und Räumlichkeiten zur Verfügung

Ja

Es steht eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zur zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung.

Ja

IV. ASV-Vereinbarung gemäß § 10 der-Richtlinie

Es besteht eine intersektorale Vereinbarung (hier mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus) im Sinne des § 10 der Richtlinie. [?]

Die ASV-Vereinbarung ist beigefügt.

Ja

**Eine ASV-Vereinbarung konnte nicht eingegangen werden,
da im relevanten Einzugsbereich**

- **kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist**

oder

- **trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von zwei Monaten
kein geeigneter Kooperationspartner bereit war eine
Kooperation einzugehen.**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen und Stellungnahme auf gesondertem Blatt beifügen,
falls keine ASV-Vereinbarung vorliegt)**

V. Teilnahme an der ASV nach § 116b SGB V a.F:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses das zuständige Regierungspräsidium über diese Anzeige informiert, um den Umgang mit etwaig bestehenden Bestimmungen nach § 116b SGB V a.F zu überprüfen. (Siehe: § 116b Abs. 8 SGB V).

I. Mindestmengen:

I.1 Das Kernteam muss mindestens **230** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose in den zurückliegenden vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Liegt vor.

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme dahingehend geltend gemacht, dass die Mindestmenge bei Anzeigestellung um maximal 50 Prozent unterschritten wird (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei. [?]

I.2 Zusätzlich hierzu muss das Kernteam eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt (in den letzten **vier Quartalen vor Anzeigestellung**), darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionärer Behandlung nachweisen

oder

mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt (in den letzten **vier Quartalen vor Anzeigestellung**), darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionärer Behandlung nachweisen.

Der Nachweis nach Ziffer 3.4 der Richtlinie für die Fachärztin bzw. den Facharzt für **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** erfolgt über das Ausfüllen unten stehender Tabelle: ?

| Name des Arztes | Gesamtzahl der Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal | Anteil der Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden | Anteil der Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung | Behandlungszeitraum |
|-----------------|--|---|---|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Der Nachweis nach Ziffer 3.4 der Richtlinie für eine Fachärztin bzw. einen Facharzt einer anderen **Arztgruppe des Kernteams** erfolgt über das Ausfüllen unten stehender Tabelle: ?

| Name des Arztes | Fachgebiet | Gesamtzahl der Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal | Anteil der Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden | Anteil der Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionärer Behandlung | Behandlungszeitraum |
|-----------------|------------|---|--|--|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme geltend gemacht (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei. ?

II. Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen:

Durch das Ankreuzen der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und untenstehende Unterschrift versichere ich, dass Leistungen, welche den Anforderungen des § 135 Abs. 2 SGB V unterliegen, unter Einhaltung der hier beinhalteten jeweiligen Voraussetzungen in fachlicher, apparativer, baulicher, organisatorischer, personeller und hygienischer Hinsicht hinsichtlich jedes Mitglieds des ASV-Teams erbracht werden. Es handelt sich hierbei derzeit insbesondere um nachfolgende Richtlinien und Vereinbarungen:

| | |
|---|--------------------------|
| Ambulantes Operieren: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren; | <input type="checkbox"/> |
| Kernspintomographie-Vereinbarung: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) | <input type="checkbox"/> |
| MR-Angiographie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiografie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie) | <input type="checkbox"/> |
| Koloskopie: Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen | <input type="checkbox"/> |
| Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen: (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen) | <input type="checkbox"/> |
| Labor: Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 SGB V | <input type="checkbox"/> |
| Molekulargenetik: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) | <input type="checkbox"/> |
| Onkologie: Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) | <input type="checkbox"/> |
| Strahlendiagnostik und –therapie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapie: Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung; Anlage 1 Bundesmantel-Vertrag-Ärzte) | <input type="checkbox"/> |
| Schmerztherapie: Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> |
| Langzeit-EKG: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen | <input type="checkbox"/> |

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden. Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Es besteht außerdem die Verpflichtung, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

Zudem versichere ich die Richtigkeit der Angaben sowie der eingereichten Unterlagen. Mir ist bekannt, dass bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben die Genehmigung widerrufen werden kann und die bis dato erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Ich möchte den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitte um Zusendung der entsprechenden Formulare.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
(Geschäftsführer)

Bei Kooperationen mit Institutionen oder Vertragsärzten fügen Sie bitte die nachfolgende Anlage bei.

Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen / Landeskrankenhausgesellschaft BW

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 - 483917

**Bevollmächtigung des ASV-Anzeigestellers durch vertragsärztliche Kernteammitglieder
und vertragsärztliche hinzuzuziehende Fachärzte sowie Teammitglieder aus
kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen**

Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Geschäftsführung des anzeigenden Krankenhauses die Bevollmächtigung, in unserem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in unserem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in unserem Namen zu empfangen.

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der persönlich benannten hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen. [?]

| Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes <u>und</u> der Institution | Ort, Datum | Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes <u>und</u> des Vertretungsberechtigten* der Institution) |
|--|------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

* Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.