

**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):**

– An der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende –

Teamleitung:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

**An der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende**

Es wird angezeigt, dass die genannten an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringen.

**Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:**

- Mammakarzinom**
  
- andere gynäkologischen Tumoren**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen, wenn beide Varianten gewünscht sind, bitte beide ankreuzen.)**

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.

Wir versichern, 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):**

<a href="#">Anlage 1 Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)</a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">Anlage 2 Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)</a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">Anlage 3 Sächliche und organisatorische Anforderungen</a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">Anlage 4 Mindestmengen und Qualitätssicherung</a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#">Anlage 5 Versicherungserklärung</a>	<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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie oder einen Facharzt / eine Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder einen Facharzt / eine Fachärztin für Strahlentherapie.

Darüber hinaus kann die Teamleitung auch durch einem Facharzt / einer Fachärztin für Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe 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.

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

### Mitglieder des Kernteams\*: ②

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

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

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



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

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie  
 oder  
 für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der **Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie**, 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 oder die folgende **operative Eingriffe** nachweisen:
  - 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, z. B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration,
  - 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma,
  - 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen.
 Der Nachweis nach 1. ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen behandeln.  
 Der Nachweis nach 2. ist nicht erforderlich für Teams, die ausschließlich Patientinnen und Patienten sonstigen gynäkologischen Tumoren behandeln.
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
 oder  
 für **Innere Medizin** mit dem Nachweis der **Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie**, 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.

## Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)

## Anlage 2

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

**Anästhesiologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Gefäßchirurgie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Humangenetik**

In eigener Praxis 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**

**Innere Medizin und Angiologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Mammakarzinom)

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Innere Medizin und Gastroenterologie**

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Mammakarzinom)

In eigener Praxis 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**

**Innere Medizin und Kardiologie**

In eigener Praxis 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**

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Mammakarzinom)

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Laboratoriumsmedizin**

In eigener Praxis 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**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Nuklearmedizin**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Pathologie**

In eigener Praxis 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**

**Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut (Zutreffendes bitte unterstreichen)**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Radiologie**

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Urologie**

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Mammakarzinom)

In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Personelle Anforderungen  
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

**Anlage 2**

**Viszeralchirurgie**

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Mammakarzinom)

In eigener Praxis 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.

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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
- zugelassene(r) Physiotherapeut(in) <sup>?</sup>
- soziale Dienste
- Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegekraft mit diesbezüglicher Erfahrung (nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Mammakarzinom)

**II. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden**

(Zutreffendes bitte ankreuzen):

24-Stunden-Notfallversorgung **mind. in Form einer Rufbereitschaft** von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen und Ärzte besteht: <sup>?</sup>

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

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 Tumorthherapie 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

**Hinweis:**

Während der Teilnahme an der ASV müssen folgende Voraussetzungen bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse ständig erfüllt sein:

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit anderen gynäkologischen Tumoren)

- die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,
- die Patientin ist über den evidenzbasierten Erkennungsstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären,
- eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin ist ausgeschlossen.

**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. <sup>?</sup>

**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)**

**I. Mindestmengen:****I.1 a) Mammakarzinom:**

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom mindestens **250** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1.Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit anderen gynäkologischen Tumoren)

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.1 b) andere gynäkologische Tumore:**

Für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren muss ein Kernteam mindestens **60** Patientinnen und Patienten der unter „1.Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58 den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln

(nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Mammakarzinom)

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 intraläsionaler 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 Tumorthherapie 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 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. ?

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

Durch Ankreuzen der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und untenstehende Unterschrift versichern wir, dass Leistungen, welche den Anforderungen des § 135 Abs. 2 SGB V unterliegen, unter Einhaltung der hier beinhaltenen 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:

	Gynäk. Tumore	Mamma- karzinom
Ambulantes Operieren: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EBM Genehmigungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA nach EBM	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Koloskopie: Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen	<input type="checkbox"/>	-
Labor: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeit-EKG: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie kurativ: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung)	-	<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"/>	<input type="checkbox"/>
MR-Angiographie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiografie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkologie: Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalisch Medizinische Leistung Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Kapitel 30.4 Nr.1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychotherapie: Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, u.a. Grundversorgung und Übende Verfahren (Psychotherapie-Vereinbarung; Anlage 1 Bundesmantel-Vertrag-Ärzte); Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakuumbiopsie der Brust: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust	-	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie: Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/>	<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, von Strahlentherapie und Computertomographie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventionelle Radiologie Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zytologie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift bestätigen wir, die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen. Uns ist bekannt, dass wir verpflichtet sind, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls wir diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllen. Wir sind auch verpflichtet, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

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

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Teamleitung 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. <sup>?</sup>

Wir möchten den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitten um Zusendung der entsprechenden Formulare.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
(Teamleitung)

Kernteam:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

Hinzuzuziehende Fachärzte (Persönlich benannt):

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

Bei Kooperationen mit Institutionen 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 der Teamleitung durch Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen

### Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Teamleitung 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.

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

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 und 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.