

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser
für den Bereich Westfalen-Lippe
c/o KVWL
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Anzeigeformular zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V

**von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren
gemäß der Anlage 1.1 - Buchstabe a - Tumorgruppe 6**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL)
(17.12.2020)

1. Anzeige des Krankenhauses

1.1 Genaue Bezeichnung des Krankenhauses:

1.2 Anschrift des Krankenhauses:

1.3 Träger des Krankenhauses:

1.4 Das Krankenhaus wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):

1.5 Der Nachweis der Vertretungsberechtigung des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigelegt:

(Anlage zu 1.5)

1.6 Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen:

(Anlage zu 1.6)

1.7 Feststellungs- bzw. Anerkennungsbescheid oder Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V ist beigelegt:

(Anlage zu 1.7)

1.8 Institutionskennzeichen (für die stationäre Versorgung):

1.9 Das Krankenhaus ist befugt für die hier betroffenen Krankheitsbilder stationäre Leistungen zu erbringen:

Ja Nein

1.10 Telefon:

1.11 Fax:

1.12 E-Mail:

und/oder

2. Anzeigende Vertragsärzte/ Vertragsärztinnen

2.1 Anzeigende Mitglieder des Teams (nur Teamleitung und Kernteam):
Für angestellte Ärzte muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Bitte machen Sie kenntlich, wer angestellt ist und wer Anstellender ist.

2.2	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Name, Vorname:	ggf. Angestellter:	Adresse/Telefon /Fax /E-Mail des Vertragsarztsitzes:	Zulassungsbescheid ist in Kopie beigefügt*:
					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.2) nein <input type="checkbox"/>
2.3					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.3) nein <input type="checkbox"/>
2.4					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.4) nein <input type="checkbox"/>
2.5					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.5) nein <input type="checkbox"/>

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

und/oder**3. Anzeige des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)**

3.1 Name des MVZ:

3.2 Anschrift des MVZ:

3.3 Das MVZ wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):

3.4 Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigelegt: (Anlage zu 3.4)3.5 Zulassungsbescheid ist in Kopie beigelegt: (Anlage zu 3.5)

3.6 Telefon:

3.7 Fax:

3.8 E-Mail:

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Es kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

4. Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patient*innen mit Kopf- oder Halstumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patient*innen mit Kopf- oder Halstumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patient*innen mit Erkrankungen nach Ziffer 1 der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- und Halstumoren der ASV-RL

5. Behandlungsumfang

Eine Darstellung der Leistungen, die im Allgemeinen zur Diagnostik und Behandlung erbracht werden, finden Sie unter Ziffer 2 der Anlage 1.1 a) - Tumorgruppe 6 der ASV-RL.

Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der Anlage 1.1 - a - Tumorgruppe 6 der ASV-RL abschließend definiert.

Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patient*innen innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen (§ 5 Abs. 1 ASV-RL).

Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die Aktualisierung und, sofern die Patientin oder 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. Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplan nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren (§ 5 Abs. 3 S. 1, 2 ASV-RL).

6. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach Ziffer 3 der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 6 der ASV-RL

Die Versorgung der Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen der Anlage 1.1 a) - Tumorgruppe 6 erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

Die erforderliche Zusammensetzung des Teams variiert je nachdem, welche Tumorarten behandelt werden sollen.

Es sollen auch Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse behandelt werden: nein ja

7. Angaben zur Teamleitung

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärzt*innen für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärzt*innen für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

7.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
-----	-----------------------------	--	-------------------------	---------------------

			Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
--	--	--	---------------------------	--

oder

7.2

			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
--	--	--	---	--

oder

7.3

			Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
--	--	--	-------------------------------	--

oder

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

7. Angaben zur Teamleitung

7.4	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde

oder

7.5 bei der Behandlung von Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ auch:

7.5.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung

oder

7.5.2			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
-------	--	--	----------------	--

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

8. Angaben zum Kernteam

Mitglieder des Kernteams

(Die Fachgruppe des Teamleiters muss nicht zusätzlich im Kernteam vorhanden sein)

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärzt*innen für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärzt*innen für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

8.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Hals–Nasen–Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
			und	
8.2			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
			oder	
			Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbil- dung Medikamentöse Tumortherapie mit Teilnahme an der Onkologie-Ver- einbarung	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Urkunde über Zusatz-Weiterbildung so- wie Gen. der KV Teilnahme an der On- kologie-Vereinbarung
			und	

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

8. Angaben zum Kernteam

8.3	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde

und

8.4	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde

und

8.5 Bei der Behandlung von Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse zusätzlich auch:

8.5.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung

und

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

8. Angaben zum Kernteam

8.5.2	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
und				
8.5.3			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

Mitglieder der Hinzuzuziehenden (Mehrere Nennungen pro Fachgruppe sind möglich)

9.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:	
			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und		
9.2			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und		
9.3			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung)
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und		
9.4			Haut- und Geschlechts- krankheiten	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und		

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

9.5	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Humangenetik, nur in Zusammenhang mit medullären Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und				
9.6			Innere Medizin und Gastro- enterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und				
9.7			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und				
9.8			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und				

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

9.9	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:	
			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					
9.10			Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					
9.11			Neurologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					
9.12			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

9.13	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:	
			Pathologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und		
9.14			Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			oder		
9.15			Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			oder		
9.16			Psychologische oder Ärztliche Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Approbationsurkunde bzw. Fach- arzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und		

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

9.17	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Radiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

10. Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

10.1 Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzt*innen liegt für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung (§ 3 Abs. 2 Satz 8 ASV-RL). Ja Nein

10.2 Falls unter 10.1 „Nein“ angekreuzt wurde:
Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

11. Palliativmedizin

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen (Ziffer 3.1.c der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf – oder Halstumoren der ASV-RL).

Folgendes Mitglied des Teams (Teamleiter, Mitglied des Kernteams oder hinzuzuziehende/r Arzt/Ärztin) verfügt über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin. Es können mehrere Palliativmediziner benannt werden.

	Titel, Vorname, Name:	Beigefügte Belege*:
11.1.1		Urkunde über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin <input type="checkbox"/>
11.1.2		Urkunde über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin <input type="checkbox"/>
11.1.3		Urkunde über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin <input type="checkbox"/>

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

11.2 ASV-Kooperation

Nach § 116 b Abs. 4 S. 10 ff. SGB V i. V. m. § 10 der ASV-RL ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung (ASV-Kooperation) für die ASV-Versorgung von Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen mit dem jeweils anderen Versorgungssektor (ambulant/stationär) erforderlich. Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation.

Gegenstand einer ASV-Kooperation sind nach § 10 Abs. 3 der ASV-RL insbesondere:

- a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- c) 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 Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

Dem erweiterten Landesausschuss ist eine vertragliche Vereinbarung vorzulegen, es sei denn eine solche Kooperation kommt nicht zustande.

11.2.1 Die ASV-Kooperation erfolgt mit:

Die vertragliche Vereinbarung über diese ASV-Kooperation ist als Nachweis beigelegt



11.2 ASV-Kooperation

11.2.2 Eine vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation konnte nicht abgeschlossen werden
(§ 116 b Abs. 4 S. 11 SGB V), da:

oder

im relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist.

Bitte fügen Sie für diesen Fall einen Nachweis sowie eine Benennung des relevanten Einzugsbereichs bei.

Nachweis ist beigefügt

trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten im relevanten Einzugsbereich kein zur Kooperation geeigneter Leistungserbringer gefunden werden konnte.

In diesem Fall muss das ernsthafte Bemühen glaubhaft gemacht werden und der relevante Einzugsbereich ist genau zu benennen.

Nachweis ist beigefügt

12.1 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach 3.2. der Anlage 1.1a – Tumorgruppe 6 der ASV-RL

Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

- | | | |
|--------|--|--------------------------|
| 12.1.1 | ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patient*innen oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege) | <input type="checkbox"/> |
| 12.1.2 | Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung | <input type="checkbox"/> |
| 12.1.3 | Physiotherapie | <input type="checkbox"/> |
| 12.1.4 | sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten | <input type="checkbox"/> |
| 12.1.5 | Logopädie | <input type="checkbox"/> |

Hierzu bedarf es **keiner** vertraglichen Vereinbarung.

12.2 24-Stunden-Notfallversorgung

Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten besteht:

- | | | |
|--------|--|--------------------------|
| 12.2.1 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> |
| | oder | |
| 12.2.2 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| | oder | |
| 12.2.3 | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> |

12.2 24-Stunden-Notfallversorgung

Bei Behandlung von Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:

12.2.4 Viszeralchirurgie

Versicherung zur 24-Stunden-Notfallversorgung

12.2.5 Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass die 24-Stunden-Notfallversorgung auch Notfall-Labor und im Notfall die erforderliche bildgebende Diagnostik umfasst und

die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik sind in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist.

12.3 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach 3.2. der Anlage 1.1a – Tumorgruppe 6 der ASV-RL

Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass:

12.3.1 die mit der Betreuung beauftragten Pflegekräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen. Sofern die Regelungen des Bundeslandes diese Qualifikation nicht vorsehen, wird alternativ versichert, dass die entsprechende Erfahrung besteht. (Nr. 3.2 c Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 6 der ASV-RL) (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

12.3.2 zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt wird, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon werden in einer SOP (standard operating procedures) festgelegt. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.

12.3.3 der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt wird.

12.3.4 die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

12.3 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach 3.2. der Anlage 1.1a – Tumorgruppe 6 der ASV-RL

- | | | |
|---------|---|--------------------------|
| 12.3.5 | eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.6 | für immundefiziente Patient*innen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.7 | eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.8 | eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.9 | eine Mikrobiologie zur Verfügung steht. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.10 | Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patient*innen bereitgehalten werden. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.11 | die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.12 | stationäre Notfalloperationen möglich sind. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.13 | den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (zum Beispiel Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.14 | eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt. | <input type="checkbox"/> |
| 12.3.15 | eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzt*innen des Kernteams ermöglicht. | <input type="checkbox"/> |

13. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

13.1 Die Leistungen werden (mit Ausnahme von an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie der Aufbereitung und Untersuchung von bei Patient*innen entnommenem Untersuchungsmaterial) an dem angegebenen Tätigkeitsort der Teamleitung zu den folgenden festgelegten Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) von **allen** Mitgliedern des Kernteams angeboten (§ 3 Abs. 2 S. 4 ASV-RL):

<input type="checkbox"/>	Montag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Dienstag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Freitag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Samstag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr

13.2 Abweichende Zeiten einzelner Kernteammitglieder sind gesondert beigefügt:

13.3 Es wird versichert, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme unter 13 in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist: (falls zutreffend bitte ankreuzen): Ja Nein

13.4 Falls unter 13.3 „Nein“ angekreuzt wurde:
Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

14. Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens **70 Patient*innen** der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

14.1 Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patient*innen in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen 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, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Es wird versichert, dass das Kernteam in den zurückliegenden vier Quartalen insgesamt die angegebene Anzahl an Patient*innen der genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.

Bitte geben Sie die Anzahl an:

14.2 Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen* (arztbezogene Mindestmengen):

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie hat in den zurückliegenden vier Quartalen durchschnittlich **120 Patient*innen** mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin oder Arzt betreut, darunter **70 Patient*innen**, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt wurden, davon **30** mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung:

Ja Nein

14.2.1 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30) 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 Patient*innen in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.

Bitte füllen Sie zum Nachweis der arztbezogenen Mindestmengen die [Anlage Mindestmengen 120/70/30.pdf](#) zu diesem Anzeigeformular aus. Belege zur Dokumentation der arztbezogenen Mindestmengen sind gesondert beigefügt:

Ja Nein

* Schnittmengen zwischen den kernteambezogenen und arztbezogenen Mindestmengen sind möglich. Insoweit sind die arztbezogen dargelegten Mindestmengen grundsätzlich auch bei den kernteambezogenen Mindestmengen berücksichtigungsfähig.

14. Mindestmengen

oder

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams hat in den zurückliegenden vier Quartalen durchschnittlich **80** Patient*innen mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt betreut, darunter **60** Patient*innen, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon **20** mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung:

Ja Nein

- 14.2.2 Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (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 Patient*innen in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.

Bitte füllen Sie zum Nachweis der arztbezogenen Mindestmengen die [Anlage Mindestmengen 80/60/20.pdf](#) zu diesem Anzeigeformular aus.

Belege zur Dokumentation der arztbezogenen Mindestmengen sind gesondert beigelegt:

Ja Nein

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

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

15. Qualitätssicherung

15.1 Nach den §§ 3 Abs. 5, 4 Abs. 2 und 12 der ASV-RL gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (in der jeweils geltenden Fassung) in der ASV solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.

Bitte kreuzen Sie hier die in Frage kommende(n) Qualitätssicherungsvereinbarung(en) an.
 Eine Übersicht der QS-Vereinbarungen finden Sie als Anlage zu diesem Anzeigeformular.

QS-Vereinbarung:		Name des Arztes:
1.	Bestimmung der otoakustischen Emissionen	<input type="checkbox"/>
2.	Hörgeräteversorgung	<input type="checkbox"/>
3.	Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie	<input type="checkbox"/>
4.	Ultraschall-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>
5.	Langzeitelektrokardiographische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>
6.	Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie	<input type="checkbox"/>
7.	Strahlendiagnostik und –therapie: Konventionelle Radiologie	<input type="checkbox"/>
8.	Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
9.	Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie	<input type="checkbox"/>
10.	Strahlendiagnostik und –therapie: Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
11.	Qualitätssicherung zur Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
12.	Qualitätssicherung Spezial-Labor	<input type="checkbox"/>
13.	Qualitätssicherung zur interventionellen Radiologie	<input type="checkbox"/>
14.	Kernspintomographie-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>
15.	Genehmigung für PET und PET/CT	<input type="checkbox"/>
16.	Invasive Kardiologie	<input type="checkbox"/>

15. Qualitätssicherung

Zusätzlich gelten nach § 12 S. 3 der ASV-RL die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135 a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.

Es wird versichert, dass die Teammitglieder

15.2 a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern

und

b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einführen bzw. weiterentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.



16. Folgendes ist mir bekannt:

- 16.1 Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116 b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
- 16.2 Die Leistungen, die im Rahmen der ASV vom Berechtigten erbracht werden können, sind im Appendix der jeweiligen Konkretisierung bzw. Anlage betreffend der jeweiligen Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 S. 2 ASV-RL).
- 16.3 Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Leistungserbringer können gegen Aufwendungsersatz die Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung von Leistungen der ASV beauftragen (§ 116 b Abs. 6 S. 1 SGB V).
- 16.4 Die Teilnahme an der ASV endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen oder krankenhaushausrechtlichen Zulassung oder dem Ende der Berechtigung des teilnehmenden Krankenhauses stationäre Leistungen zu erbringen. Das Ausscheiden bzw. das Ende der Teilnahme ist dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 S. 1 ASV-RL).
- 16.5 Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten gegenüber dem erweiterten Landesausschuss ein neues Mitglied zu benennen. Bis dahin ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116 b SGB V unmittelbar nach Ablauf der sechs Monate für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams nicht mehr vor; die Anzeige hierüber gegenüber dem erweiterten Landesausschuss hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen (§ 2 Abs. 3 S. 3 f. ASV-RL).
- 16.6 Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch Fachärzt*innen möglich, die die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesgesellschaft zu melden (§ 3 Abs. 4 S. 2 f. ASV-RL).
- 16.7 Sollten Sie die Anforderungen der jeweils aktuellen ASV-RL nicht oder nicht mehr erfüllen, sind der erweiterte Landesausschuss, die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen unverzüglich zu informieren (§ 116 b Abs. 2 S. 8 SGB V).
- 16.8 Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.

16. Folgendes ist mir bekannt:

- Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.
- 16.9 Für Patient*innen aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patient*innen von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116 b Abs.2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen (Ziffer 4 der Anlage 1.1 a) - Tumorgruppe 6 der ASV-RL).
- 16.10 Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL. Die Dokumentation stellt die Zuordnung der Leistungen zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicher. Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status) die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren (§ 14 ASV-RL i. V. m. Ziffer 3.3 der Anlage 1.1 a) - Tumorgruppe 6 ASV-RL).
- 16.11 Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).
- 16.12 Der erweiterte Landesausschuss kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass oder nach Ablauf von fünf Jahren nach der ersten Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss oder der letzten Überprüfung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt (§ 116 b Abs. 2 S. 9 SGB V).
- 16.13 Mir ist bekannt, dass die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach § 116 b Absatz 4 SGB V keine abweichende Regelung getroffen hat, durch die Krankenkassen erfolgt, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfung erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach § 116 b Absatz 2 SGB V auf Verlangen vorzulegen (§ 116 b Abs. 6 Satz 10 SGB V).
- 16.14 Eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen soll erfolgen (§ 7 ASV-RL).
- 16.15 Mir ist bekannt, dass ausschließlich Patient*innen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr im Rahmen der Teilnahme an der ASV im Zusammenhang mit den hier betroffenen Indikationen behandelt werden können.

17. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- 17.1 der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
- 17.2 die Zusammenarbeit in der ASV in einem interdisziplinären Team erfolgt und alle Absprachen zur Organisation der Zusammenarbeit des Teams entsprechend der ASV-RL erfolgt sind.
- 17.3 der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
- 17.4 die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus) (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 17.5 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lediglich entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden sie nicht erbringen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 17.6 eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Facharzt*innen erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 17.7 eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116 b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 17.8 die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patient*innen des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).
- 17.9 ich als Anzeigender alle angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name und Anschrift sowie alle eingereichten Unterlagen von mir und allen weiteren Teammitgliedern unter Berücksichtigung des Datenschutzes eingeholt habe und diese ausschließlich im Einverständnis der Betroffenen weitergegeben habe. Weiterhin bestätige ich, dass der erweiterte Landesausschuss sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses diese Daten, die allein zum Zwecke der Bearbeitung der eingereichten Anzeige notwendig und erforderlich sind, im Rahmen der Anzeigenbearbeitung speichern und verarbeiten darf.

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus:

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (optional, Mehrfachnennungen möglich):

Hiermit bevollmächtige ich widerruflich

Herrn / Frau	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	und / oder (Unzutreffendes bitte streichen)	
die Teamleitung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

die künftig für die beantragte ASV-Teilnahme gemäß der Anlage 1.1 Buchstabe a – onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- und Halstumoren mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben.

(Besteht keine Bevollmächtigung bedarf es bei allen künftigen Anzeigen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss einer Bestätigung durch alle Anzeigenden).

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bei Anzeige durch ein MVZ:

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ:	Unterschrift:

Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (optional, Mehrfachnennungen möglich):

Hiermit bevollmächtige ich widerruflich

Herrn / Frau		<input type="checkbox"/>
	<small>und / oder (Unzutreffendes bitte streichen)</small>	
die Teamleitung		<input type="checkbox"/>

die künftig für die beantragte ASV-Teilnahme gemäß der Anlage 1.1 Buchstabe a – onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- und Halstumoren mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben.

(Besteht keine Bevollmächtigung bedarf es bei allen künftigen Anzeigen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss einer Bestätigung durch alle Anzeigenden).

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ:	Unterschrift:

Bei Anzeige von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen:

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin*:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (optional, Mehrfachnennungen möglich):

Hiermit bevollmächtige ich widerruflich

Herrn / Frau	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<small>und / oder (Unzutreffendes bitte streichen)</small>	
die Teamleitung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

die künftig für die beantragte ASV-Teilnahme gemäß der Anlage 1.1 Buchstabe a – onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- und Halstumoren mitteilungsrechtlichen Änderungen in der Zusammensetzung des Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben.

(Besteht keine Bevollmächtigung bedarf es bei allen künftigen Anzeigen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss einer Bestätigung durch alle Anzeigenden).

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Für **angestellte Ärzte** in Einzelpraxen muss der anstellende Arzt die Anzeige unterschreiben. Bei Teilnahme **von Angestellten in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) müssen alle Gesellschafter die Anzeige unterschreiben oder der durch den Gesellschaftsvertrag zur alleinigen Vertretung berechnete Geschäftsführer (der Nachweis aus dem Gesellschaftsvertrag ist beizufügen).

Einverständniserklärung*

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegenden Unterlagen durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:	Unterschrift:

* Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** ist das Einverständnis durch den anstellenden Arzt zu erteilen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, Ü-BAG)** ist das Einverständnis durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären. Für **angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren ist das Einverständnis durch den Geschäftsführer des MVZ zu erklären.**

Anlage 1) zum Anzeigeformular „Kopf- oder Halstumore“**Einverständniserklärung (ASV-Servicestelle)**

Namens und im Auftrag aller Mitglieder des anzeigenden ASV-Teams erkläre ich hiermit widerruflich unser Einverständnis zur Übermittlung von Ausfertigungen positiver Bescheide an die ASV-Servicestelle durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zwecks Verifizierung der Teilnahme unseres Teams an der ASV gegenüber der ASV-Servicestelle.

Hinweise:

- Die ASV-Servicestelle auf Bundesebene vergibt u.a. die für eine Abrechnung erforderliche ASV-Teamnummer.
- Dieses Einverständnis entbindet nicht von einer Meldung Ihrer Teilnahme an der ASV bei der ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de; siehe auch Merkblatt zum Anzeigeformular).

Ort, Datum:

Name der/des Teamleiter/in:

Unterschrift:

--	--	--

Übersicht QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für „Tumorgruppe 6: Kopf- und Halstumoren“

Hinweis: nicht alle angegebenen GOP können von den mit einem Kreuz gekennzeichneten Arztgruppen erbracht werden; es gelten die Vorgaben des Appendix der Anlage 1.1 a) - onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- und Halstumoren der ASV-RL.

lfd. N r.	QS-Vereinbarung	GOP EBM*	Kernteam								Hinzuzuziehende														
			Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Viszeralchirurgie	Nuklearmedizin	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Gefäßchirurgie	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ärztliche oder psychologische Psychotherapie	Radiologie
1.	Bestimmung der otoakustischen Emissionen	09324	X																						
2.	Hörgeräteversorgung	09372 - 09374	X																						
3.	Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie	34470 - 34492																							X
4.	Ultraschall-Vereinbarung	13545, 33000 – 33092	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.	Langzeitelektrokardiographische Untersuchungen	13252, 13253													X										
6.	Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie	13421 - 13423												X											
7.	Strahlendiagnostik und –therapie: Konventionelle Radiologie	13430, 13431, 34210-34260, 34293 – 34298, 34503 – 34505																							X
8.	Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklearmedizin	17310 - 17372						X																	
9.	Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie	34310 – 34360,																							X
10.	Strahlendiagnostik und –therapie: Strahlentherapie	25321 – 25342			X																				
11.	Qualitätssicherung zur Schmerztherapie	30700, 30702	X	X		X	X	X	X	X															
12.	Qualitätssicherung Spezial-Labor	32164 - 32859															X								
13.	Qualitätssicherung zur interventionellen Radiologie	34283 - 34287																							X
14.	Kernspintomographie-Vereinbarung	34410 –34460																							X
15.	Genehmigung für PET und PET/CT	Lfd. Nrn.1 –5 des 2. Abschnitts des Appendix, 34700 - 34703						X																	
16.	Invasive Kardiologie	34291, 34292												X											