

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 gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
gemäß der Anlage 1.1 - Buchstabe a –Tumorgruppe 1**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)
(Beschluss vom 20.02.2014 / 20.03.2014 und 17.12.2015 /21.01.2016,
16.03.2018 und 22.03.2019)

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 Unterzeichner ist beigefügt:

 (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 beigefügt:

 (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):

2.2	LANR:	Titel, Name, Vorname:	ggf. Angestellter**:	Adresse/Telefon /Fax /E-Mail des Vertragsarztsitzes:	Zulassungsbescheid ist in Kopie beigelegt*:
					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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

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

3.1 Name und Rechtsform 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 beigefügt: (Anlage zu 3.4)3.5 Zulassungsbescheid ist in Kopie beigefügt* : (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

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (Ziffer 1 der Anlage 1.1 a) -Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL), wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit den Erkrankungen nach Ziffer 1 der Anlage 1.1 a) -Tumorgruppe 1.

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 1 der ASV-RL.

Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der Anlage 1.1 a) -Tumorgruppe 1 der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 ASV-RL).

Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen (§ 5 Abs. 1 Satz 3 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 1 der ASV-RL

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

Vorweg bitten wir daher zunächst um Angabe, ob folgende Tumorarten durch Ihr Team im Rahmen der ASV behandelt werden sollen:

6.1 Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenkarzinom nein ja

6.2 andere endokrinologische Tumoren nein ja

7. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach Ziffer 3 der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1 der ASV-RL

Personelle Anforderungen: Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL.

8. Angaben zur Teamleitung:

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte 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 Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Berechtigt zur Teilnahme sind des Weiteren neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie auch Fachärztinnen und entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

8. Angaben zur Teamleitung:

8.1	LANR: (sofern vor- handen)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
oder				
8.2			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
oder				
8.3			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
oder				
8.4			Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
oder				
8.5			Viszeralchirurgie	<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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

8. Angaben zur Teamleitung

bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom zusätzlich auch:

8.6	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei **, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
			Hals- Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
			oder	
8.7			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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

9. Angaben zum Kernteam

Mitglied(er) des Kernteams (Die Fachgruppe des Teamleiters muss nicht zusätzlich im Kernteam vorhanden sein.)

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen 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.

Berechtigt zur Teilnahme sind des Weiteren neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

9.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
			Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie mit Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung

* 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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

9. Angaben zum Kernteam

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

9.2

		Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
--	--	------------------	--

9.3

		Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
		Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Mit Erteilung einer Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

9.4

		Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
		oder	
		Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde

9.6 Mitglied(er) des Kernteams, sofern Schilddrüsenkarzinome oder Nebenschilddrüsenkarzinome behandelt werden sol-

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

9.7

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

9.8

		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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

10. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten

Mitglieder der Hinzuzuziehenden (Mehrere Nennungen pro Fachgruppe sind möglich.)

10.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
10.1.1			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und	
10.1.2			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			und	
10.1.3.1			Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
			oder	
10.1.3.2			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

* 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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege: [*]
und			
10.1.4		Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.5		Neurologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.6		Humangenetik	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.7.1		Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder			
10.1.7.2		Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

^{*} 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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
oder			
10.1.7.3		Psychologische(r) oder Ärztliche(r) Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Approbationsurkunde bzw. Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.8		Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.9		Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.10		Radiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.11		Pathologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

* 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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege: [*]
--------------------------------	---	------------------------	---------------------------------

und

10.1.12

		Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
--	--	----------------------------------	--

und

10.1.13

		Urologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
--	--	----------	--

Falls Sie Schilddrüsenkarzinome oder Nebenschilddrüsenkarzinome oder andere endokrinologische Tumoren behandeln zusätzlich erforderlich:

10.1.14

		Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
--	--	--	---

^{*} 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).

10.2 Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte

10.2.1 Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte 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

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

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 a) -Tumorgruppe 1:
 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		Urkunde über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin <input type="checkbox"/>
11.2		Urkunde über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin <input type="checkbox"/>
11.3		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).

12. 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 Patientinnen und Patienten 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.

12.1 Die ASV-Kooperation erfolgt mit:

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

oder

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

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 beigelegt

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 beigelegt

13.1 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach Ziffer 3.2. der Anlage 1.1 a) -Tumorgruppe 1 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:

- | | | |
|--------|---|--------------------------|
| 13.1.1 | Soziale Dienste wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten | <input type="checkbox"/> |
| 13.1.2 | Physiotherapie | <input type="checkbox"/> |
| 13.1.3 | ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege) | <input type="checkbox"/> |
| 13.1.4 | Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung | <input type="checkbox"/> |
| 13.1.5 | Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung | <input type="checkbox"/> |

13.2 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 Ärzte besteht:

- | | | |
|--------|---|--------------------------|
| 13.2.1 | Innere Medizin und Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> |
| | oder
Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie mit Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung | <input type="checkbox"/> |
| 13.2.2 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | <input type="checkbox"/> |
| | oder
Innere Medizin mit Erteilung einer Zulassung und Genehmigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung | <input type="checkbox"/> |
| 13.2.3 | Allgemeinchirurgie | <input type="checkbox"/> |
| | oder
Viszeralchirurgie | <input type="checkbox"/> |
| | oder sofern Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenkarzinom behandelt werden soll:
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> |
| 13.2.5 | 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 erforderliche bildgebende Diagnostik umfasst. | <input type="checkbox"/> |
| 13.2.6 | Es wird versichert, dass die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sind (§ 4 Abs. 1 S. 3 ASV-RL). | <input type="checkbox"/> |

13.3 Pflegekräfte

Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass die mit der Betreuung beauftragten Pflegekräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen.

13.4 Tumorkonferenz

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

zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jede Patientin und oder 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.

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

13.5 Diagnostik und Behandlung

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

- | | | |
|--------|---|--------------------------|
| 13.5.1 | die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.2 | eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.3 | für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.4 | eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.5 | eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschl. der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikarösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.6 | eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.7 | Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.8 | die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht und die Intensivstation in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist. | <input type="checkbox"/> |
| 13.5.9 | stationäre Notfalloperationen möglich sind. | <input type="checkbox"/> |

13.6 Patienteninformation und Krebsregister

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

12.3.11 den Patientinnen und Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.

12.3.12 eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt.

12.3.13 eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.

14. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

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

14.1 Soweit die einzelnen Mitglieder des Teams an unterschiedlichen Tagen am Tätigkeitsort der Teamleitung Leistungen erbringen, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach unter Angabe, um welches Teammitglied / welche Teammitglieder es sich jeweils handelt, aus.

<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

14.2 Es wird versichert, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme unter 14. in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist. Ja Nein

14.3 Falls unter 14.2 „Nein“ angekreuzt wurde:
 Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

15. Mindestmengen

Das Kernteam muss nach Ziffer 3.4 der Anlage 1.1 a) -Tumorgruppe 1 der ASV-RL mindestens 230 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln. Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV zu erfüllen.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten 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.

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung 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, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler 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, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

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

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

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

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

- 15.1 Es wird versichert, dass das Kernteam im Vorjahr insgesamt die angegebene Anzahl an Patientinnen bzw. Patienten der genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.

Bitte geben Sie die Anzahl an:

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen.

- 15.2 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie weist die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt in den letzten 12 Monaten vor der Anzeige nach.

Darunter befinden sich 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.

Ja Nein

Für den Fall, dass „Ja“ angekreuzt wurde, füllen Sie als Nachweis bitte die Listen zu Punkt 15.2 auf den folgenden Seiten aus.

Alternativ kann der Nachweis der Mindestmengen in anonymisierter Form durch entsprechende Belege beigebracht werden (beispielhaft aus einer ONDIS Dokumentation).

Belege zur Dokumentation der Mindestmengen sind gesondert beigelegt

15. Mindestmengen

oder

15.3 Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams weist die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt in den letzten 12 Monaten vor der Anzeige nach.

Darunter befinden sich 60 Patientinnen und Patienten mit antineoplastischer Therapie, davon 20 mit intravenöser und / oder intrakavitärer antineoplastischer und / oder intraläsionaler Behandlung.

Ja Nein

Für den Fall, dass „Ja“ angekreuzt wurde, füllen Sie als Nachweis bitte die Listen zu Punkt 15.3 auf den folgenden Seiten aus.

Alternativ kann der Nachweis der Mindestmengen in anonymisierter Form durch entsprechende Belege beigebracht werden (beispielhaft aus einer ONDIS Dokumentation).

Belege zur Dokumentation der Mindestmengen sind gesondert beigelegt

Liste 1.2 zu Punkt 15.2

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien mit medikamentöser Tumorthherapie mit intravenöser und/oder inktrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (durchschnittlich mindestens 30 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Zweites Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 1.3 zu Punkt 15.2

dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien mit medikamentöser Tumorthherapie mit intravenöser und/oder inktrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (durchschnittlich mindestens 30 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Drittes Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 1.4 zu Punkt 15.2

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien mit medikamentöser Tumorthherapie mit intravenöser und/oder inkravitärer und/oder intraläsionaler Behandlung in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (durchschnittlich mindestens 30 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Viertes Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 2.2 zu Punkt 15.2

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien mit medikamentöser Tumorthherapie in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (einschließlich der in den Listen 1.1-1.4 zu Punkt 15.2 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 70 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Zweites Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 2.3 zu Punkt 15.2

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien mit medikamentöser Tumortherapie in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (einschließlich der in den Listen 1.1-1.4 zu Punkt 15.2 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 70 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Drittes Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 3.2 zu Punkt 15.2

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (einschließlich der in den Listen zuvor benannten Patientinnen und Patienten durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Zweites Bezugsquartal:

lf. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lf. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 3.3 zu Punkt 15.2

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (einschließlich der in den Listen zuvor benannten Patientinnen und Patienten durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Drittes Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 3.4 zu Punkt 15.2

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) behandelt hat (einschließlich der in den Listen zuvor benannten Patientinnen und Patienten durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:

Viertes Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 1.1 zu Punkt 15.3

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie, mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Therapie behandelt werden (durchschnittlich mindestens 20 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin:

Erstes Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 1.2 zu Punkt 15.3

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie, mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Therapie behandelt werden (durchschnittlich mindestens 20 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin:

Zweites Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

Liste 1.3 zu Punkt 15.3

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal im Vorjahr (letzte 12 Monate) betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie, mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Therapie behandelt werden (durchschnittlich mindestens 20 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin:

Drittes Bezugsquartal:

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

lfd. Nummer	Initialen des Patienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

16. Qualitätssicherung

16.1 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:
Molekulargenetik	<input type="checkbox"/>	
Langzeit-EKG-Untersuchungen (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen	<input type="checkbox"/>	
Blutreinigungsverfahren	<input type="checkbox"/>	
Nuklearmedizin (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Strahlentherapie (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Schmerztherapievereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Röntgendiagnostik (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
CT - Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Laboratoriumsuntersuchungen (Rili KBV)	<input type="checkbox"/>	
Ultraschalldiagnostik (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
interventionelle Radiologie (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Kernspintomographie (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
MR-Angiographie (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	

16.2 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

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.



17. Folgendes ist mir bekannt:

- 17.1 Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116 b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
- 17.2 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).
- 17.3 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).
- 17.4 Die Teilnahme an der ASV endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen oder krankenhausrrechtlichen 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).
- 17.5 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 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).
- 17.6 Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte 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).
- 17.7 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).

- 17.8 Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.
- 17.9 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. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen (§ 8 ASV-RL i.V.m. 4. der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 1 zur ASV-RL).
- 17.10 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 (§ 14 ASV-RL). Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. Ziffer 3.3 der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1 der ASV-RL lautet: Die Befunde (einschl. Diagnose nach ICD10-GM inkl. des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschl. des Behandlungstages sind zu dokumentieren. Nach § 15 Abs. 2 ASV-RL ist auch die Information der Patientin/des Patienten nach § 15 ASV-RL zu dokumentieren.
- 17.11 Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).
- 17.12 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).
- 17.13 Mir ist bekannt, dass die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 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 Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen (§ 116 b Abs. 6 Satz 10 SGB V).
- 17.14 Mir ist bekannt, dass ausschließlich Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr im Rahmen der Teilnahme an der ASV im Zusammenhang mit den hier betroffenen Indikationen behandelt werden können.

18. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- 18.1 der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
- 18.2 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.
- 18.3 der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
- 18.4 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).
- 18.5 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).
- 18.6 eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 18.7 eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 18.8 die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus:

Ort, Datum:

Name der/des Vertretungsberechtigten des
Krankenhauses:

Unterschrift:

--	--

Bei Anzeige durch ein MVZ:

Ort, Datum:

Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ:

Unterschrift:

--	--

Bei Anzeige von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen:

Ort, Datum:

Name Vertragsarzt/Vertragsärztin*:

Unterschrift:

* 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 berechnigte 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 bzw. MVZ:

Unterschrift:

Anlage 1) zum Anzeigeformular „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“

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:

--	--	--

Anlage 2) zum Anzeigeformular „Gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“

Übersicht QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für das Krankheitsbild der Gastrointestinalen Tumore und Tumore der Bauchhöhle

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) Tumorgruppe 1 der ASV-RL.

Ifd. Nr.	QS-Vereinbarung	GOP EBM*	Kernteam						hinzuzuziehende Ärzte																			
			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Allgemeinchirurgie	Viszeralchirurgie	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Nuklearmedizin	Anästhesiologie	Nuklearmedizin	Gefäßchirurgie	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Kardiologie	Neurologie	Humangenetik	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	PPT oder ärztlicher PT	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Radiologie	Pathologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Urologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		
1.	Molekulargenetik	11430 bis 11434																										
2.	Langzeit-EKG-Untersuchungen (mit Gerätenachweis)	13252, 13253										X	X															
3.	Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen	13421, 13422, 13423	X		X	X	X																					
4.	Blutreinigungsverfahren	13439																	X									
5.	Nuklearmedizin (mit Gerätenachweis)	17310 bis 17372						X		X																		
6.	Strahlentherapie (mit Gerätenachweis)	25310 bis 25342		X																								
7.	Schmerztherapievereinbarung	30700 bis 30708	X		X	X	X	X	X																			
8.	Röntgendiagnostik (mit Gerätenachweis)	34212 bis 34260						X														X		X	X			
9.	CT - Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung (mit Gerätenachweis)	34310 bis 34360, 34500 bis 34505		X	X	X	X							X								X						
10.	Laboratoriumsuntersuchungen (Rili KBV)	32163 bis 32859	X		X	X	X												X									
11.	Ultraschall diagnostik (mit Gerätenachweis)	33011 bis 33092	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X					X			X		X	X		X	
12.	interventionelle Radiologie (mit Gerätenachweis)	34283 bis 34287									X	X										X						
13.	Kernspintomographie (mit Gerätenachweis)	34410 bis 34460		X																		X						
14.	MR-Angiographie (mit Gerätenachweis)	34470 bis 34492																				X						