

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 ab dem 18. Lebensjahr  
mit gynäkologischen Tumoren  
gemäß der Anlage 1.1 - Buchstabe a –Tumorgruppe 2**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die  
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)  
(Beschluss vom 22. Januar, 18. Juni, 17. Dezember 2015 und 16.März 2018)

**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 Institutskennzeichen (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"/>
<b>2.3</b>					
					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.3)
					nein <input type="checkbox"/>
<b>2.4</b>					
					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.4)
					nein <input type="checkbox"/>
<b>2.5</b>					
					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

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie benötigen. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische Therapie ausgenommen eine endokrine Therapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit den Erkrankungen nach Punkt 1.1 (Mammakarzinom) und 1.2 (sonstige gynäkologische Tumoren) der Anlage 1.1a) - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der ASV-RL.

#### 5. Behandlungsumfang

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

Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der ASV-RL abschließend definiert.

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen gehören folgende Leistungen nicht zum Behandlungsumfang:

- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- PET; PET/CT
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sonstigen gynäkologischen Tumoren gehört folgende Leistung nicht zum Behandlungsumfang:

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

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 ASV-RL).

## 5. Behandlungsumfang

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. Sonderregelung für Subspezialisierung

Eine ASV-Berechtigung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren setzt die vollständige Erfüllung der in der Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen voraus.

Die mögliche Zusammensetzung des Teams variiert je nachdem, ob ausschließlich Mammakarzinomen oder ausschließlich andere gynäkologische Tumoren behandelt werden sollen (Nr. 5.1 und Nr. 5.2 der Anlage 1.1 a) der ASV-RL).

- |     |  |                          |
|-----|--|--------------------------|
| 6.1 | Es sollen ausschließlich Patientinnen und Patienten mit der Diagnose <b>Mammakarzinom</b> behandelt werden:  | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 | Es sollen ausschließlich Patientinnen und Patienten mit der Diagnose <b>andere gynäkologische Tumoren</b> behandelt werden:                        | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 | Es sollen alle Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren ( <b>Mammakarzinom und andere gynäkologische Tumoren</b> ) behandelt werden. | <input type="checkbox"/> |

**7. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach Punkt 3 der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2 der ASV-RL**

Personelle Anforderungen:  
 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

**8. Angaben zur Teamleitung**

Berechtigt zur Teilnahme sind neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, 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.

8.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
		oder	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Zusatz-Weiterbildung Me- dikamentöse 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.

**Angaben zur Teamleitung**

		oder		
LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:		Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
8.2			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
		oder		
			Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Zusatz-Weiterbildung Me- dikamentöse Tumorthherapie mit Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung
8.3		oder		
			Strahlentherapie	<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 sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, 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.

9.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung:	beigefügte Belege*:
			Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
			oder	
			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Zusatz-Weiterbildung Me- dikamentöse 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.

**Angaben zum Kernteam**

		und			
9.2	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
				oder	
			Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	Zusatz-Weiterbildung Me- dikamentöse Tumorthherapie mit Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung
		und			
9.3			Strahlentherapie	<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: <sup>*</sup>
10.1.1			Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
		und		
10.1.2			Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
		und		
10.1.3			Humangenetik	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
		und		
10.1.4			Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

<sup>\*</sup> 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					
10.1.5			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung)
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					
10.1.6			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					
10.1.7			Neurologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					
10.1.8			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und					
10.1.9			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			
10.1.10.1	<input type="text"/>	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder			
10.1.10.2	<input type="text"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder			
10.1.10.3	<input type="text"/>	Psychologische(r) oder Ärztliche(r) Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Approbationsurkunde bzw. Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.1.11	<input type="text"/>	Radiologie	<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).

10.2 Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten **mit anderen gynäkologischen Tumoren** nach Punkt 5.2 der Anlage 1.1 Buchstabe a) Tumorgruppe 2 sind **zusätzlich noch** folgende Fachgebiete erforderlich:

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege
10.2.1	<input type="text"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
10.2.3	<input type="text"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
10.2.4	<input type="text"/>	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
10.2.5	<input type="text"/>	Urologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
10.2.6	<input type="text"/>	Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

10.3 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

10.4 Falls unter 10.3 „Nein“ angekreuzt wurde:  
 Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

**11.1 Palliativmedizin**

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen (Punkt 3.1.c der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2) 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 Zusatzweiterbildung Palliativmedizin <input type="checkbox"/>
11.1.2		Urkunde über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin <input type="checkbox"/>
11.1.3		Urkunde über die Zusatzweiterbildung 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 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.

### 11.2.1 Die ASV-Kooperation erfolgt mit:

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



oder

11.2.2 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

**12.1 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach 3.2. der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2 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 Patientinnen und Patienten 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 z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  | <input type="checkbox"/> |

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten **mit anderen gynäkologischen Tumoren** nach Punkt 5.2 der Anlage 1.1 Buchstabe a) Tumorgruppe 2 **zusätzlich noch:**

- |        |   |                          |
|--------|---|--------------------------|
| 12.1.5 | Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung | <input type="checkbox"/> |
|--------|---|--------------------------|

## 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

oder

12.2.2 Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

oder

12.2.3 Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie mit Erteilung der entsprechenden Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2015.

oder

12.2.4 Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie mit Erteilung der entsprechenden Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2015.

12.2.5 Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik umfasst.

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

## 12.3 Diagnostik und Behandlung

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

- 12.3.1 mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
- 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 vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.
- 12.3.3 der Patientin und dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist,
- 12.3.4 die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt,
- 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,
- 12.3.6 für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,

## 12.3 Diagnostik und Behandlung

- 12.3.7 eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt,
- 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,
- 12.3.9 eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht,
- 12.3.10 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,
- 12.3.11 die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht und die Intensivstation in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist,
- 12.3.12 stationäre Notfalloperationen möglich sind,
- 12.3.13 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,
- 12.3.14 eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes erfolgt,

## 12.3 Diagnostik und Behandlung

12.3.15 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,



Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom nach Punkt 5.1 der Anlage 1.1 Buchstabe a) Tumorgruppe 2 zusätzlich noch:

12.3.16 bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

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



**13. 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:

13.1 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

13.2 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. Ja  Nein

13.3 Falls unter 13.2 „Nein“ angekreuzt wurde:  
 Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

## 14. Mindestmengen

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit **Mammakarzinom** mindestens **250** Patientinnen und Patienten der unter Punkt „1 Konkretisierung der Erkrankung“ der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2 der ASV-RL genannten Indikationsgruppen ICD-Kode C50 mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Behandlung von Patientinnen mit **gynäkologischen Tumoren** muss ein Kernteam mindestens **60** Patientinnen und Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C51 bis C58 behandeln.

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 Tumortherapie 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.

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.



## 14. Mindestmengen

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

**Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom wird versichert**, dass das Kernteam von mindestens 250 Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kode C 50 behandelt hat.

14.1 Bitte geben Sie die Anzahl an:

**Für die Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren wird versichert**, dass das Kernteam von mindestens 60 Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose ICD-Kodes C 51 bis C 58 behandelt hat.

14.2 Bitte geben Sie die Anzahl an:

## 14. Mindestmengen

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

- 14.3 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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale vor der Anzeige nach. Darunter befinden sich 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung.

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 Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen

Ja       Nein

Für den Fall, dass „Ja“ angekreuzt wurde, füllen Sie als Nachweis bitte die Listen zu Punkt 14.3 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

oder

- 14.4 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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale vor der Anzeige nach. Darunter befinden sich 60 Patientinnen und Patienten mit antineoplastischer Therapie, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung.
- Ja       Nein

Für den Fall, dass „Ja“ angekreuzt wurde, füllen Sie als Nachweis bitte die Listen zu Punkt 14.4 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 1.1 zu Punkt 14.3

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 oder inktrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale behandelt hat (durchschnittlich mindestens 30 Patientinnen und Patienten).

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

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 14.3

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 oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale 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 14.3

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 oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale 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 14.3

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 oder inktrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale 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 2.1 zu Punkt 14.3

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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale behandelt hat (einschließlich der in der Liste 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.3 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 70 Patientinnen und Patienten).

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

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 2.2 zu Punkt 14.3

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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale behandelt hat (einschließlich der in der Liste 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.3 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 14.3

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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale behandelt hat (einschließlich der in der Liste 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.3 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 2.4 zu Punkt 14.3

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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale behandelt hat (einschließlich der in der Liste 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.3 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 70 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 3.1 zu Punkt 14.3

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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale 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:

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 3.2 zu Punkt 14.3

Es wird versichert, dass der unten angegebene Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale 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:

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

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

Liste 3.3 zu Punkt 14.3

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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale 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 14.3

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 innerhalb der zurückliegenden vier Quartale 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 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie, mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer 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 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie, mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer 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 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie, mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Therapie behandelt werden (durchschnittlich mindestens 20 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin:

Drittes Bezugsquartal:

lfid. Nummer	Initialen des Pa- tienten/ der Patientin	ICD-Schlüssel der Erkrankung

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

Liste 1.4 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie, mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Therapie behandelt werden (durchschnittlich mindestens 20 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin:

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 2.1 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden (einschließlich der in den Listen 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.4 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 60 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 2.2 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden (einschließlich der in den Listen 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.4 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 60 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 2.3 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden (einschließlich der in den Listen 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.4 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 60 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

## Liste 2.4 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden (einschließlich der in den Listen 1.1 – 1.4 zu Punkt 14.4 angegebenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 60 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin:

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 3.1 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat (einschließlich der in den zu Punkt 14.4 zuvor in den Listen genannten Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 80 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 3.2 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat (einschließlich der in den zu Punkt 14.4 zuvor in den Listen genannten Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 80 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 3.3 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat (einschließlich der in den zu Punkt 14.4 zuvor in den Listen genannten Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 80 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

Liste 3.4 zu Punkt 14.4

Es wird versichert, dass das unten angegebene Mitglied des Kernteams die unten angegebenen Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien in dem angegebenen Quartal innerhalb der zurückliegenden vier Quartale betreut hat (einschließlich der in den zu Punkt 14.4 zuvor in den Listen genannten Patientinnen und Patienten durchschnittlich mindestens 80 Patientinnen und Patienten).

Name der/des behandelnden Facharztes/-ärztin:

Viertes Bezugsquartal:

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

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

**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:
Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie	<input type="checkbox"/>	
Ultraschall-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Langzeitelektrokardiographische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie	<input type="checkbox"/>	
Strahlendiagnostik und –therapie: Konventionelle Radiologie	<input type="checkbox"/>	
Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	
Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie	<input type="checkbox"/>	
Strahlendiagnostik und –therapie: Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	
Strahlendiagnostik und –therapie: Osteodensitometrie	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung zur Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung Spezial-Labor	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung zur Vakkumbiopsi der Brust	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung zur interventionellen Radiologie	<input type="checkbox"/>	
Kernspintomographie-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie	<input type="checkbox"/>	
Genehmigung für PET und PET/CT	<input type="checkbox"/>	
Molekulargenetik	<input type="checkbox"/>	
Mammographie-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>	

15.2 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.

**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 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).
- 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 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 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).
- 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.
- 16.9 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. 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 sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs.2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen (Punkt 4 der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2 der ASV-RL).
- 16.10 Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL. Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status) die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren (§ 14 ASV-RL i.V.m. 3.3 der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 2 zur 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 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. 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 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).
- 17.7 eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 17.8 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 „gynäkologische Tumoren“**

**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](http://www.asv-servicestelle.de); siehe auch Merkblatt zum Anzeigeformular).

Ort, Datum:

Name der/des Teamleiter/in:

Unterschrift:

--	--	--

Anlage 2) zum Anzeigeformular „gynäkologische Tumoren“

**Übersicht QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für gynäkologische Tumoren**

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) der ASV-RL.

lfd. Nr.	QS-Vereinbarung	GOP EBM*	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP			Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Nephrologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychiatrie und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Viszeralchirurgie
			Kernteam																				
1.	Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie	34470 - 34492																			X		
2.	Ultraschall-Vereinbarung	08320, 08341, 13300, 13545, 13550, 33011 - 33092	X	X	X		X		X	X	X	X		X	X						X	X	X
3.	Langzeitelektrokardiographische Untersuchungen	13252, 13253, 13545, 13550						X			X												
4.	Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie*	13421 - 13423								X													
5.a)	Strahlendiagnostik und –therapie: Konventionelle Radiologie	13430, 13431, 34220-34260, 34280 – 34282, 34293 - 34296, 34500 – 34505																			X		
5.b)	Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklearmedizin	17310 - 17372													X								
5.c)	Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie	34310 – 34360,																			X		
5.d)	Strahlendiagnostik und –therapie: Strahlentherapie	25211 – 25342			X																		
5.e)	Strahlendiagnostik und –therapie: Osteodensitometrie	34600, 34601																			X		
6.	Qualitätssicherung zur Schmerztherapie	30700, 30702, 30704	X	X		X																	
7.	Qualitätssicherung Spezial-Labor	32155 - 32859											X										
8.	Qualitätssicherung zur Vakkumbiopsi der Brust	34274, 34275	X																		X		
9.	Qualitätssicherung zur interventionellen Radiologie	34283 - 34287																			X		
10.	Kernspintomographie-Vereinbarung	34410 – 34460																			X		

