

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 vollendeten 18. Lebensjahr
mit urologischen Tumoren
gemäß der Anlage 1.1 - Buchstabe a –Tumorgruppe 3**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)
(Beschluss vom 21. Dezember 2017, 16. März 2018 und 22. März 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 Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigelegt:

(Anlage zu 1.5)

1.6 Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen:

(Anlage zu 1.6)

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

(Anlage zu 1.7)

1.8 Institutionskennzeichen (für die stationäre Versorgung):

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

Ja Nein

1.10 Telefon:

1.11 Fax:

1.12 E-Mail:

und

2. Anzeigende Vertragsärzte/ Vertragsärztinnen

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

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

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

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

3.1 Name des MVZ:

3.2 Anschrift des MVZ:

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

3.4 Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist 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 mit urologischen Tumoren ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese auf Grund der Ausprägung der Tumorerkrankung eine multimodale Therapie benötigen.

Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine systemische medikamentöse Tumorthherapie, 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 urologischen Tumoren im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit den Erkrankungen nach Ziffer 1 der Anlage 1.1a) -Tumorgruppe 3: urologische Tumoren der ASV-RL.

5. Behandlungsumfang

Eine Darstellung der Leistungen, die im Allgemeinen zur Diagnostik und Behandlung erbracht werden, finden Sie unter Ziffer 2 der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren der ASV-RL.

Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren der ASV-RL abschließend definiert.

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).

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 Punkt 3 der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3 der ASV-RL

Personelle Anforderungen:

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

7. 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 Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

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

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

7.3		oder		
			Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Urkunde Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie <input type="checkbox"/> Genehmigungsbescheid der KV zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung

8. Angaben zum Kernteam

Mitglied(er) des Kernteams
 (Die Fachgruppe des Teamleiters muss nicht zusätzlich im Kernteam vorhanden sein. 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 Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

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

* 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).

Angaben zum Kernteam

8.3		oder		Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Urkunde Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie
					<input type="checkbox"/> Genehmigungsbescheid der KV zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung
8.4		und		Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten

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

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege: [*]
9.1	<input type="text"/>	Anästhesiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
9.2	<input type="text"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
9.3	<input type="text"/>	Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
9.4	<input type="text"/>	Humangenetik (nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom)	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
9.5	<input type="text"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung)

9.6	und		Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.7	und		Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.8	und		Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.9	und		Neurologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.10	und		Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.11	und		Pathologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

9.12.1

--	--

Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzturkunde

Zulassungsbescheid
bzw. Feststellungsbescheid
des Krankenhauses

oder

9.12.2

--	--

Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

Facharzturkunde

Zulassungsbescheid
bzw. Feststellungsbescheid
des Krankenhauses

oder

9.12.3

--	--

Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder
Psychologischer oder ärztlicher
Psychotherapeut

Approbationsurkunde bzw.
Facharzturkunde

Zulassungsbescheid
bzw. Feststellungsbescheid
des Krankenhauses

und

9.13

--	--

Radiologie

Facharzturkunde

Zulassungsbescheid
bzw. Feststellungsbescheid
des Krankenhauses

und

9.14

--	--

Viszeralchirurgie

Facharzturkunde

Zulassungsbescheid
bzw. Feststellungsbescheid
des Krankenhauses

10.1 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 Falls unter 9.2 „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 Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen (Ziffer 3.1.c der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3 der ASV-RL).

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

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

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

11.2 ASV-Kooperation

Nach § 116 b Abs. 4 S. 10 ff. SGB V i. V. m. § 10 der ASV-RL ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung (ASV-Kooperation) für die ASV-Versorgung von 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 3 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)
- 12.1.2 Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- 12.1.3 Physiotherapie
- 12.1.4 sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- 12.1.5 Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

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 Urologie
- oder
- 12.2.3 Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie 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.

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

12.2.5 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 sollen. 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,
- 12.3.15 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.

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 Teammitglied/er des Kernteams (Name/n)*:

<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:

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

14. Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 60 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose 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.

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.

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.

14.1 Bitte geben Sie die Anzahl an:

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

14.3 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

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 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 (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.

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

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"/>	
Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung zur Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung zur Laboratoriumsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung zur interventionellen Radiologie	<input type="checkbox"/>	
Kernspintomographie-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Nuklearmedizin (mit Gerätenachweisen)	<input type="checkbox"/>	
CT – Strahlendiagnostik -/- therapievereinbarung (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Röntgendiagnostik (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Genehmigung für PET und PET/CT	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie		

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 für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams nicht mehr vor; die Anzeige hierüber gegenüber dem erweiterten Landesausschuss hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen (§ 2 Abs. 3 S. 3 f. ASV-RL).
- 16.6 Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch 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 Landeskrankengesellschaft 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 Krankengesellschaft 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. 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 (Ziffer 4 der Anlage 1.1a) Tumorgruppe 3 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) 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 3 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 § 116b Absatz 4 SGB V keine abweichende Regelung getroffen hat, durch die Krankenkassen erfolgt, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfung erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach § 116b Absatz 2 SGB V 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:

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:	Unterschrift:

Einverständniserklärung

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

Ort, Datum:

Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:

Unterschrift:

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:	Unterschrift:

Anlage zum Anzeigeformular „urologische Tumoren“

Einverständniserklärung

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:

--	--	--

lfd. N r.	QS-Vereinbarung	GOP EBM*	hinuzuziehende Ärzte																		
			Urologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriums-medicin	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeut/in	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychiatrie und Psychotherapie	Radiologie	Viszeralchirurgie
			Kernteam																		
11.	CT – Strahlendiagnostik -/ -therapievereinbarung	34310 – 34505	X											X							
12.	Röntgendiagnostik (mit Gerätenachweis)	34210-34260																	X		
13.	Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie	19311													X						
14.	Genehmigung für PET und PET/CT	Abschnitt 34.7																			
15.	Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Osteodensitometrische Untersuchung I+II	34600,34601																	X		