

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN
UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV)**

**Anzeigsteller/in nach § 116b Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V
(SGB V):**

– Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus –

Teamleitung:

Krankenhaus:

Straße:

PLZ, Ort:

Institutionskennzeichen (IK-Nummer):

Bearbeiter/in:

Telefon:

Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus

Es wird angezeigt, dass das genannte Krankenhaus die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringt.

Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:

Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung

entsprechend der [Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 10 der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“](#), im Folgenden „Richtlinie“ genannt.

Hinweis: Sollen mehrere Leistungen aus dem Katalog zu § 116b SGB V erbracht werden, sind jeweils separate Anzeigen zu stellen.

Ich versichere, die Anforderungen der Richtlinie an die Erbringung der angezeigten Leistungen zu erfüllen. Die zugehörigen Verpflichtungen werden beachtet.

Die Leistungserbringung innerhalb der ASV mit den in dieser Anzeige benannten Teammitgliedern beginnt zum _____¹.

(Das Beginndatum sollte frühestens 4 Wochen nach Anzeigestellung sein.)

Zur Prüfung der Anzeige durch den erweiterten Landesausschuss sind alle nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):

Anlage 1: Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)	<input type="checkbox"/>
Anlage 2: Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)	<input type="checkbox"/>
Anlage 3: Sächliche und organisatorische Anforderungen	<input type="checkbox"/>
Anlage 4: Mindestmengen und Qualitätsanforderungen	<input type="checkbox"/>
Anlage 5: Versicherungserklärung	<input type="checkbox"/>
Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	<input type="checkbox"/>

¹ Bitte beachten Sie hierbei die Vorgaben des Gesetzes, wonach das angezeigte Team erst nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, es sei denn, das genannte Krankenhaus erhält vom erweiterten Landesausschuss einen anderslautenden Bescheid. Innerhalb der genannten Frist wird der erweiterte Landesausschuss die Anzeige prüfen, um festzustellen, ob die Voraussetzungen des Gesetzes und der hierzu ergangenen Richtlinie erfüllt sind.

Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) Anlage 1

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**.

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 der Richtlinie). Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

Das Team wird geleitet und koordiniert von:

Name der Teamleitung / Position im Krankenhaus / Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatzbezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigelegt.	Teilnahme als: ²
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

² Bitte tragen Sie hier lediglich den Status ein, mit dem Sie an der ASV teilnehmen möchten.

Mitglieder des Kernteams*: ³

Name der Mitglieder / ggfs. Position im Krankenhaus/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als:
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

³ Die Zusammensetzung des Kernteams ist von der Facharzt Disziplin der Teamleitung abhängig. Die notwendige Zusammensetzung zur Bildung eines vollständigen Kernteams entnehmen Sie bitte der Auflistung auf Seite 6.

Mitglieder des Kernteams*:

Name der Mitglieder / ggfs. Position im Krankenhaus/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als:
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

*Ein Facharzt / eine Fachärztin (sofern nicht Teamleitung) für:⁴

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
oder
Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, dem / der bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.
- Strahlentherapie.

⁴ Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der MWBO. Bitte beachten Sie die Übergangsbestimmungen.

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

Allgemein- und/ oder **Viszeralchirurgie**

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner: ⁵		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich ⁶	<input type="checkbox"/> Institutionell ⁷
Kooperationsvertrag beigefügt: ⁸	<input type="checkbox"/> Ja	
Anmerkungen:		

Anästhesiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner: ⁵		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich ⁶	<input type="checkbox"/> Institutionell ⁷
Kooperationsvertrag beigefügt: ⁸	<input type="checkbox"/> Ja	
Anmerkungen:		

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

⁵ Bitte Name und Adresse des Kooperationspartners angeben.

⁶ Persönliche Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch den genannten Arzt gestellt. Der Arzt erfüllt die Voraussetzungen der Teilnahme persönlich.

⁷ Institutionelle Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch das Institut (Krankenhausabteilung/MVZ) gestellt. Ein Arzt der Krankenhausabteilung/MVZ erfüllt die Voraussetzungen.

⁸ Ein Vertrag des kooperierenden Arztes mit der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten), der die Kooperation innerhalb der ASV regelt, ist hier ausreichend.

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Innere Medizin und Gastroenterologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Innere Medizin und Kardiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Innere Medizin und Nephrologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Laboratoriumsmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Neurologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Nuklearmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Pathologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Psychiatrie und Psychotherapie oder **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
oder **Psychologische/r Psychotherapeut/in** oder **Ärztliche/r Psychotherapeut/in**

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Radiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Zusätzlich können folgende Facharztgruppen benannt werden.

Neurochirurgie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Transfusionsmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

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

Folgende Fachärztin/folgender Facharzt des interdisziplinären Teams verfügt über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin:

Name des Mitgliedes/ Adresse	Zusatzbezeichnung	Kopie der Zusatzbezeichnung ist beigefügt.
		<input type="checkbox"/> Ja.

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege
(möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologischer Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- zugelassene(r) Physiotherapeut(in)⁹
- Referenzpathologie
- sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Zahnheilkunde

⁹ Ein zugelassener Physiotherapeut ist berechtigt, Patienten der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

II. Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgender Fachdisziplin (hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung):

- Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im ASV-Team vorhanden ist
- Vertrag ist beigelegt

III. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Vorliegendes bitte ankreuzen):

24-Stunden-Notfallversorgung **mind. in Form einer Rufbereitschaft** welche aus einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht: ¹⁰

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

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

Maximale Entfernung der Notfallversorgung zum Tätigkeitsort der Teamleitung 30 Min. gem. § 4 Abs. 1 der Richtlinie

Liegt vor

¹⁰ Durch die unter „Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)“ genannten Fachärzte für Innere Medizin ist die Erfüllung jener Anforderung ebenso möglich.

Mit der Betreuung beauftragte Pflegekräfte sollen **mehrheitlich** eine **staatlich anerkannte Zusatzqualifikation** zur **onkologischen Pflege** besitzen.

Liegt vor

Es stehen Behandlungsplätze in ausreichender Zahl auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für die Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung.

Ja

Es findet eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthapie benötigten Wirkstoffe statt.

Ja

Es ist gewährleistet, dass eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika möglich ist
und
die notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.

Ja

Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimationen und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten.

Ja

Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.

Ja

Es sind stationäre Notfalloperationen möglich.

Ja

III. Räumliche Voraussetzungen:

Es stehen für immundefiziente Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten- und Räumlichkeiten zur Verfügung.

Ja

IV. ASV-Vereinbarung gemäß § 10 der-Richtlinie

Es besteht eine intersektorale Vereinbarung (hier mit einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer) im Sinne des § 10 der Richtlinie. ¹¹

Die ASV-Vereinbarung ist beigefügt.

Ja

**Eine ASV-Vereinbarung konnte nicht eingegangen werden,
da im relevanten Einzugsbereich**

- **kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist**

oder

- **trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von zwei Monaten
kein geeigneter Kooperationspartner bereit war eine
Kooperation einzugehen.**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen und Stellungnahme auf gesondertem Blatt beifügen,
falls keine ASV-Vereinbarung vorliegt)**

¹¹ Ein Vertrag des kooperierenden Arztes mit allen Kernteammitgliedern inkl. der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten), der die Anforderungen von § 10 ASV-RL erfüllt, ist hier ausreichend.

I. Mindestmengen:

I.1 Das Kernteam muss mindestens **90** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose in den zurückliegenden vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Liegt vor.

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme dahingehend geltend gemacht, dass die Mindestmenge bei Anzeigestellung um maximal 50 Prozent unterschritten wird (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei. ¹²

¹² Die Mindestmenge darf in vier Quartalen vor der Anzeige und bis zu einer Dauer von vier Quartalen danach um höchstens 50 % unterschritten werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Bitte erläutern Sie diese.

I.2 Zusätzlich hierzu muss das Kernteam eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt (in den letzten **vier Quartalen vor Anzeigestellung**), darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionärer Behandlung nachweisen

Name des Arztes	Gesamtzahl der Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal	Anteil der Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden	Anteil der Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionärer Behandlung	Behandlungszeitraum

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme geltend gemacht (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei. ¹³

¹³ Die Mindestmenge darf in vier Quartalen vor der Anzeige und bis zu einer Dauer von vier Quartalen danach um höchstens 50 % unterschritten werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Bitte erläutern Sie diese.

Bitte verwenden Sie für den Nachweis der Qualitätsanforderungen das gesonderte Formular:

„Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Tumoren des lymphatischen Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung“!

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden. Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Es besteht außerdem die Verpflichtung, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

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

Ich möchte den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitte um Zusendung der entsprechenden Formulare.

Datum

Unterschrift und Stempel
(Geschäftsführer)

Bei Kooperationen mit Institutionen oder Vertragsärzten fügen Sie bitte die nachfolgende Anlage bei.

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN
UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

**Bevollmächtigung des ASV-Anzeigestellers durch vertragsärztliche Kernteammitglieder
und vertragsärztliche hinzuzuziehende Fachärzte sowie Teammitglieder aus
kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen**

Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Geschäftsführung des anzeigenden Krankenhauses die Bevollmächtigung, in unserem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in unserem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in unserem Namen zu empfangen.

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der persönlich benannten hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen. ¹⁴

Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes <u>und</u> der Institution	Datum	Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes <u>und</u> des Vertretungsberechtigten ¹⁵ der Institution)

¹⁴ Bei Wahl dieser Option erübrigt es sich, Kopien der Approbation, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung beizulegen. Hierzu ist es erforderlich, dass das Teammitglied im Arztregister geführt wird und diese Anzeige unterschreibt.

¹⁵ Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.