**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)

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

– An der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende –

| |
|---|
| Teamleitung: |
| Name: |
| Straße: |
| PLZ, Ort: |
| Telefon: |
| E-Mail: |

## An der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende

Es wird angezeigt, dass die genannten an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringen.

## Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:

## Knochen- und Weichteiltumoren

entsprechend der *Anlage 1.1 a Tumorgruppe 8 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.

Wir versichern, 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)*** | ☐ |
| ***Anlage 2: Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)*** | ☐ |
| ***Anlage 3: Sächliche und organisatorische Anforderungen*** | ☐ |
| ***Anlage 4: Mindestmengen und Qualitätsanforderungen*** | ☐ |
| ***Anlage 5 Versicherungserklärung*** | ☐ |
| ***Anhang bzgl. der Qualtätsanforderungen zu Knochen- und Weichteiltumoren*** | ☐ |

[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 oder
- Orthopädie und Unfallchirurgie oder
- Strahlentherapie.

Darüber hinaus kann die Teamleitung auch durch einem Facharzt / einer Fachärztin im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie erfolgen, soweit diesem / dieser 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.

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 Team-leitung/ Adresse(n)** | **Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz-bezeichnung** | **Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.** | **Teilnahme als:[2]** |
|---|---|---|---|
| | | ☐ Ja | ☐ Zugelassener Vertragsarzt<br>☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br>☐ Ermächtigter Arzt<br>☐ Krankenhausarzt |

[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: |
|---|---|---|---|
| | | ☐ Ja | ☐ Zugelassener Vertragsarzt<br>☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br>☐ Ermächtigter Arzt<br>☐ Krankenhausarzt |
| | | ☐ Ja | ☐ Zugelassener Vertragsarzt<br>☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br>☐ Ermächtigter Arzt<br>☐ Krankenhausarzt |
| | | ☐ Ja | ☐ Zugelassener Vertragsarzt<br>☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br>☐ Ermächtigter Arzt<br>☐ Krankenhausarzt |
| | | ☐ Ja | ☐ Zugelassener Vertragsarzt<br>☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br>☐ Ermächtigter Arzt<br>☐ Krankenhausarzt |
| | | ☐ Ja | ☐ Zugelassener Vertragsarzt<br>☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br>☐ Ermächtigter Arzt<br>☐ Krankenhausarzt |
| | | ☐ Ja | ☐ Zugelassener Vertragsarzt<br>☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br>☐ Ermächtigter Arzt<br>☐ Krankenhausarzt |

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

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

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

- Allgemeinchirurgie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
  oder
  Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, 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.
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Strahlentherapie
- Viszeralchirurgie.

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

## Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) — Anlage 2

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

☐ **Anästhesiologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: [5] | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich [6] | ☐ Institutionell [7] |
| Kooperationsvertrag beigefügt: [8] | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Humangenetik**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ 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

☐ **Innere Medizin und Gastroenterologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt..

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Innere Medizin und Kardiologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Innere Medizin und Pneumologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Laboratoriumsmedizin**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

## Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) — Anlage 2

☐ **Nuklearmedizin**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Pathologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Plastische Chirurgie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

☐ **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

| **Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)** | **Anlage 2** |
|---|---|

☐ **Radiologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|---|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | ☐ Persönlich | ☐ Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | ☐ Ja | |
| Anmerkung: | | |

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

| **Name des Mitgliedes/ Adresse** | **Zusatzbezeichnung** | **Kopie der Zusatzbezeichnung ist beigefügt.** |
|---|---|---|
| | | ☐ Ja. |

## Sächliche und organisatorische Anforderungen Anlage 3

**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
☐ Ergotherapie
☐ Orthopädietechnikmechaniker/in
☐ zugelassene(r) Physiotherapeut(in) [9]
☐ Referenzpathologie
☐ soziale Dienste

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

**II. 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]

- Allgemeinchirurgie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Viszeralchirurgie

Eine 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 Tumortherapie 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

Es steht eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zur zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung.

☐ Ja

## IV. ASV-Vereinbarung gemäß § 10 der-Richtlinie

Es besteht eine intersektorale Vereinbarung (hier mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus) 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 **50** 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 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionärer 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 (in den letzten **vier Quartalen vor Anzeigestellung**),
darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Der Nachweis nach Ziffer 3.4 der Richtlinie für die Fachärztin bzw. den Facharzt für **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** erfolgt über das Ausfüllen unten stehender Tabelle: [13]

| 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 intraläsionaler Behandlung | Behandlungs-zeitraum |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

[13] Bitte tragen Sie in diese Tabelle die Zusammensetzung der Mindestmenge für mindestens einen Facharzt für Innere Medizin und Onkologie und Hämatologie gesondert ein.

Der Nachweis nach Ziffer 3.4 der Richtlinie für eine Fachärztin bzw. einen Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams erfolgt über das Ausfüllen unten stehender Tabelle: [14]

| Name des Arztes | Fachgebiet | Gesamtzahl der Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal | Anteil der Patienten, die mit antineo-plastischer Therapie behandelt werden | Anteil der Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionärer Behandlung | Behandlungs-zeitraum |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

[14] Bitte tragen Sie in diese Tabelle die Zusammensetzung der Mindestmenge für mindestens einen Facharzt des Kernteams mit Ausnahme des Facharztes für Innere Medizin und Onkologie und Hämatologie (siehe vorherige Tabelle) gesondert ein.

☐ 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. [15]

[15] 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 Knochen- und Weichteiltumoren“!**

www.kvbawue.de/pdf4787

## Versicherungserklärung Anlage 5

Mit der Unterschrift bestätigen wir, die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen. Uns ist bekannt, dass wir verpflichtet sind, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls wir diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllen. Wir sind auch verpflichtet, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

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

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Teamleitung 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. [16]

☐ Wir möchten den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitten um Zusendung der entsprechenden Formulare.

[16] 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.

| | |
|---|---|
| Datum | Unterschrift/Stempel (Teamleitung) |

Kernteam:

| Datum | Unterschrift/Stempel |
| --- | --- |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |

Hinzuzuziehende Fachärzte (Persönlich benannt):

| | |
|---|---|
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |

| | |
|---|---|
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |
| Datum | Unterschrift/Stempel |

Bei Kooperationen mit Institutionen 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 der Teamleitung**

**durch Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen**

**Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:**

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Teamleitung 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.

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

☐ 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. [17]

| **Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes und der Institution** | **Datum** | **Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes und des Vertretungsberechtigten[18] der Institution)** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

[17] 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.
[18] Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.