

**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:

#### **Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation**

entsprechend der [Anlage 2 n\) Transplantationsgruppe 1 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 \_\_\_\_\_.<sup>1</sup>

(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):

|                                                                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <a href="#"><u>Anlage 1: Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)</u></a>                                | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#"><u>Anlage 2: Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)</u></a>                               | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#"><u>Anlage 3: Sächliche und organisatorische Anforderungen</u></a>                                       | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#"><u>Anlage 4: Mindestmengen und Qualitätsanforderungen</u></a>                                           | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#"><u>Anlage 5: Versicherungserklärung</u></a>                                                             | <input type="checkbox"/> |
| <a href="#"><u>Anhang bzgl der Qualitätsanforderungen zu Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation</u></a> | <input type="checkbox"/> |

<sup>1</sup> 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** mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.

Die Teamleitung muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, die allogene Stammzelltransplantationen durchführt.

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: <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                             |                                              | <input type="checkbox"/> Ja.                                                               | <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt<br><input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ<br><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt<br><input type="checkbox"/> Krankenhausarzt |

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

**Mitglieder des Kernteams\*:** <sup>3</sup>

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

<sup>3</sup> 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.

**Mitglieder des Kernteams\*:**

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

\*Ein Facharzt / eine Fachärztin (sofern nicht Teamleitung) für:<sup>4</sup>

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen bzw. Komplikationen einschließt.

Zusätzlich können nur für die Weiterbehandlung gemäß 3.2 Nummer 1 auch Fachärztinnen und Fachärzte für:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- benannt werden. § 3 Absatz 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL gilt für dieses zusätzliche Teammitglied nicht.

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

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

☐ **Allgemeinchirurgie und/oder** ☐ **Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie**  
☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

|                                             |                                                  |                                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Kooperationspartner: <sup>5</sup>           |                                                  |                                                      |
| Benennung:                                  | <input type="checkbox"/> Persönlich <sup>6</sup> | <input type="checkbox"/> Institutionell <sup>7</sup> |
| Kooperationsvertrag beigelegt: <sup>8</sup> | <input type="checkbox"/> Ja                      |                                                      |
| Anmerkung:                                  |                                                  |                                                      |

☐ **Anästhesiologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Augenheilkunde**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

<sup>5</sup> Bitte Name und Adresse des Kooperationspartners angeben.

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

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

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

☐ **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Innere Medizin und Kardiologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Innere Medizin und Nephrologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Innere Medizin und Pneumologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Innere Medizin und Rheumatologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Laboratoriumsmedizin**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Neurologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Nuklearmedizin**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Pathologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

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

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Radiologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Strahlentherapie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Urologie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

**Zusätzlich können folgende Facharztgruppen benannt werden.**

☐ **Transfusionsmedizin**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

**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
- ☐ zugelassene Physiotherapie<sup>9</sup>
- ☐ sozialen Diensten wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

<sup>9</sup> 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 bereit im ASV-Team vorhanden ist
- ☐ Vertrag ist beigefügt

**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: <sup>10</sup>

- Augenheilkunde
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten

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

<sup>10</sup> 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 Zytostatikallösungen 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 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. <sup>11</sup>

**Die ASV-Vereinbarung ist beigelegt.**

☐ **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)**

<sup>11</sup> 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:**

Da die Teamleitung an einer Klinik tätig sein muss, die allogene Stammzelltransplantationen durchführt und damit die Anforderungen der Mindestmengenregelung des G-BA zur allogenen Stammzelltransplantation erfüllt, sind gesonderte Anforderungen zur Mindestmenge für die ASV nicht notwendig.

**II. Qualitätssicherung:**

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

**„Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Behandlungen nach allogener Stammzelltransplantation“!**

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. <sup>12</sup>

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

<sup>12</sup> 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

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.<sup>13</sup>

| 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 <sup>14</sup> der Institution) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                         |

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.