

Merkblatt

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V Gynäkologische Tumoren

1. Allgemeine Hinweise

Verwenden Sie bitte ausschließlich Anzeigeformulare des erweiterten Landesausschusses (eLA) für das Land Brandenburg. Füllen Sie diese aus und fügen Sie notwendige Nachweise vollständig bei. Über Ihre Anzeige kann erst dann entschieden werden, wenn sie vollständig vorliegt. Die Anzeigeformulare finden Sie auf den Internetseiten der KV Brandenburg (www.kvbb.de/praxis/erweiterter-landesausschuss) sowie der Landeskrankengesellschaft Brandenburg e.V. (<https://lkb-online.de/serviceaufgaben-ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung-asv/>).

Interdisziplinäres Team

Die ASV erfordert die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, das sich aus einem Kernteam mit einer Teamleitung sowie bei medizinischer Notwendigkeit aus hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt.

Kernteam

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen.

Hinzuzuziehende Fachärzte

Im Falle der institutionellen Benennung bei den hinzuzuziehenden Fachärzten* ist die Angabe des Namens des betreffenden Facharztes erforderlich.

Zuständigkeit für Anzeigen

Der eLA für das Land Brandenburg ist zuständig für die Anzeigen, sofern der Tätigkeitsort der Teamleitung des zu bildenden interdisziplinären Teams im Land Brandenburg liegt.

Der Tätigkeitsort der Teamleitung ist für Vertragsärzte in der Regel der Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz). Tätigkeitsorte können aber auch der Standort einer Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisräume sein. Wird die Teamleitung von einer oder einem im Krankenhaus bzw. in einem MVZ angestellten Arzt wahrgenommen, ist der Tätigkeitsort in der Regel der Standort des Krankenhauses bzw. des MVZ.

Gemeinsame Anzeige

Die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Voraussetzungen miteinander kooperierenden Mitglieder des Kernteams sollen ihre Teilnahme gegenüber dem eLA gemeinsam anzeigen. Der Teamleiter fasst alle erforderlichen Angaben in einer Anzeige zusammen. Die Anzeige ist von allen Mitgliedern des Kernteams und von allen hinzuzuziehenden Ärzten zu unterzeichnen.

Beginn der Zweimonatsfrist

Die Frist gemäß § 116 b Abs. 2 Satz 4 SGB V (Zweimonatsfrist) beginnt mit dem Eingang der formal vollständigen Anzeige bei der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zu laufen. Anzeigen sind formal vollständig, wenn zu allen personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß den Vorgaben der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V (ASV-RL) entsprechende Belege, Vereinbarungen und/oder Angaben des Anzeigenden vorliegen.

* sofern die Bezeichnung „Vertragsarzt, Arzt oder Facharzt“ verwendet wird, sind geschlechtsneutral sowohl Vertragsärztinnen, Ärztinnen oder Fachärztinnen als auch Vertragsärzte, Ärzte oder Fachärzte gemeint

Unterbrechung der Frist

Durch die Anforderung von zusätzlich erforderlichen Informationen oder notwendigen ergänzenden Stellungnahmen nach den Vorgaben des erweiterten Landesausschusses wird der Lauf der Frist gemäß § 116 b Abs. 2 Satz 4 SGB V (Zweimonatsfrist) bis zum Eingang der vollständigen Auskünfte und Unterlagen unterbrochen. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Der Anzeigende wird mit der Nachforderung über die Unterbrechung der Frist schriftlich in Kenntnis gesetzt.

2. Konkretisierung der Erkrankung und Behandlungsumfang

Die behandlungsfähigen Erkrankungen der gynäkologischen Tumoren sind unter Ziffer 1. der Anlage 1.1 Buchstabe a) ASV-RL onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren konkretisiert.

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

Zur Gruppe der Patienten mit gynäkologischen Tumoren zählen Patienten mit folgenden Erkrankungen:

Mammakarzinom

1.1 Mammakarzinom

- C50.0 Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
- C50.1 Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
- C50.2 Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.3 Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.5 Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C50.6 Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
- C50.8 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
- C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
- D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

Sonstige gynäkologische Tumoren

1.2 sonstige gynäkologische Tumoren

- C47.5 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
- C47.8 Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C49.5 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens

- C49.8 Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.0 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
- C51.1 Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
- C51.2 Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
- C51.8 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.9 Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
- C52 Bösartige Neubildung der Vagina
- C53.0 Bösartige Neubildung: Endozervix
- C53.1 Bösartige Neubildung: Ektozervix
- C53.8 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- C53.9 Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
- C54.0 Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
- C54.1 Bösartige Neubildung: Endometrium
- C54.2 Bösartige Neubildung: Myometrium
- C54.3 Bösartige Neubildung: Fundus uteri
- C54.8 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
- C54.9 Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
- C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
- C56 Bösartige Neubildung des Ovars
- C57.0 Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
- C57.1 Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
- C57.2 Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
- C57.3 Bösartige Neubildung: Parametrium
- C57.4 Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
- C57.7 Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
- C57.8 Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
- C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
- C76.3 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
- C76.8 Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Behandlungsumfang

Der Behandlungsumfang ist unter Ziffer 2. der Anlage 1.1 Buchstabe a) ASV-RL onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren normiert. Für eine Subspezialisierung gelten Sonderregelungen (siehe Seite 19 Punkt 7). Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z.B. EKG) und spezielle (z.B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- Anamnese
- Bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- Diagnostik der Kontinenzleistung
- Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z.B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, Bronchoskopie)
- Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- Humangenetische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchung (z.B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-rektale Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenserumspiegeln)
- Punktionen, Biopsie
- Tumorstaging

ASV-Berechtigung **nur** für die Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom**

- Die Diagnostik der Kontinenzleistung gehört nicht zum Behandlungsumfang.

Behandlung

- Anlage Blasenkatheter
- Anlage von Kathetern (wie z.B. ZVK)
- Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen Eingriffen
- Ausstellen z.B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- Einleitung einer Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- Perkutane Gastrostomie
- Physikalische Therapie
- Portanlagen

- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Schmerztherapie
- Strahlentherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- Transfusionen
- Wundversorgung

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- Koordination der Versorgung
- Palliative Versorgung (ausgeschlossen sind die Leistungen nach § 37b SGB V)
- Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c ASV-RL
- Tumorkonferenzen
- PET;PET/CT

Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und / oder Lebensqualität erwartet werden kann.

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden Kriterien gemäß I. oder II. erfüllt sind:

I.

- ER positiv und
- Her2 negativ und
- Alter > 35 Jahre und
- N0: T > 1cm
mit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - o G2 oder
 - o Ki-67 > 10% < 30 %
aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
 - o G3 oder
 - o Ki-67 > 30 %.

II.

- ER positiv und
- Her2 negativ und
- Alter > 35 Jahre und
- N+ (1-3 befallene Lymphknoten)
mit einem der nachfolgenden Kriterien:
 - o G1 oder G2 oder

- o Ki-67 > 10% ≤ 30 %
aber nicht gleichzeitig eines der
nachfolgenden Kriterien:
- o G3 oder Ki-67 > 30 %.

Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.

ASV-Berechtigung **nur** für die Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom:**

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

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

ASV-Berechtigung **nur** für die Behandlung von Patienten **mit anderen gynäkologischen Tumoren:**

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse gehört nicht zum Behandlungsumfang

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität und Familienplanung
- zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- zur Ernährung

Im Appendix zur Anlage 1.1 Buchstabe a) ASV-RL onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren sind die abrechenbaren Gebührenpositionen (GOP) definiert. Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen.

Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen an der ASV nach § 116b Abs. 2 SGB V teilnehmenden Arzt oder teilnehmendes Krankenhaus muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

Erweiterter Landesausschuss für das Land Brandenburg

3. Personelle Anforderungen/ Interdisziplinäres Team

Die Versorgung der Patienten mit gynäkologischen Tumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL, das sich wie folgt zusammensetzt:

Teamleitung

- a) einer Teamleitung mit der Facharztqualifikation bzw. Schwerpunktbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt gynäkologische Onkologie oder
 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
 - Strahlentherapie

Kernteam

- b) einem Kernteam mit den Facharztqualifikationen bzw. Schwerpunktbezeichnungen/Zusatz-Weiterbildungen:
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt gynäkologische Onkologie
 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - Strahlentherapie

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

Hinzuzuziehende Fachärzte

- c) hinzuzuziehende Fachärzte mit der Facharztqualifikation bzw. Schwerpunktbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung:
- Anästhesiologie
 - Gefäßchirurgie
 - Humangenetik
 - Innere Medizin und Angiologie
 - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 - Innere Medizin und Gastroenterologie
 - Innere Medizin und Kardiologie
 - Innere Medizin und Nephrologie
 - Laboratoriumsmedizin
 - Neurologie
 - Nuklearmedizin
 - Pathologie
 - Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
 - Radiologie
 - Urologie
 - Visceralchirurgie

Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.
ASV-Berechtigung **nur** für die Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom:**

Tätigkeitsort	<p>Folgende Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:</p> <ul style="list-style-type: none">• Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie• Innere Medizin und Gastroenterologie• Innere Medizin und Nephrologie• Urologie• Visceralchirurgie <p>Die Kernteammitglieder müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von dieser Regelung ausgenommen. Der Tätigkeitsort für direkt an dem Patienten durchzuführende Untersuchungen und Therapiemaßnahmen muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) zum Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein; dies gilt auch für die hinzuzuziehenden Fachärzte.</p>
Nachweis der personellen Anforderungen	<p>Für den Nachweis der personellen Anforderungen sind von den Mitgliedern des Kernteams und den hinzuzuziehenden Ärzten die Unterlagen zur Facharztanerkennung und der gegebenenfalls erforderlichen Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung im Original bzw. als beglaubigte Kopien vorzulegen. Für Krankenhäuser besteht die Möglichkeit, Unterlagen bei der KVBB beglaubigen zu lassen. Im Falle der institutionellen Benennung bei den hinzuzuziehenden Fachärzten sind die Angabe des Namens des betreffenden Facharztes sowie die Vorlage der o.g. Nachweise erforderlich.</p>
Kooperationsvereinbarung gemäß § 10 Abs. 1 ASV-RL	<p>Nach § 10 ASV-RL ist Voraussetzung zur Teilnahme an der ASV von Patienten mit onkologischen Erkrankungen der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit dem jeweils anderen Versorgungssektor (ASV-Kooperation). Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich.</p>
Gegenstand der Kooperationsvereinbarung	<p>Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:</p> <ol style="list-style-type: none">a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

	<p>Von dieser Teilnahmevoraussetzung unberührt sind vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gem. §§ 3 und 4 der ASV-RL. Eine solche Kooperation innerhalb des interdisziplinären Teams kann jedoch gleichzeitig die erforderliche ASV-Kooperation gem. § 10 ASV-RL darstellen, sofern sie sektorenübergreifend erfolgt und auch die o.a. Inhalte zum Gegenstand hat.</p> <p>Die ASV-Kooperationsvereinbarung ist Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, es sei denn, im relevanten Einzugsbereich kann eine ASV-Kooperationsvereinbarung nicht geschlossen werden, weil im Einzugsbereich</p> <ul style="list-style-type: none">• kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder• trotz ersthafte Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Kooperationspartner gefunden werden konnte.
<p>4. Sächliche und organisatorische Anforderungen</p> <p>Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen</p> <p>24 Stunden-Notfallversorgung</p>	<p>Als weitere Voraussetzungen für die Berechtigung zur Behandlung von gynäkologischen Tumoren im Rahmen der ASV müssen die unter Ziffer 3.2 der Anlage 1.1 Buchstabe a) ASV-RL onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren aufgeführten sächlichen und organisatorischen Bedingungen erfüllt sein. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass</p> <p>a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:</p> <ul style="list-style-type: none">• ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)• Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung• Physiotherapie• sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten• Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung. <p>Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.</p> <p>ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none">• Eine Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung ist keine Voraussetzung. <p>b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte besteht:</p> <ul style="list-style-type: none">• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie• Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Notfalllabor und bildgebende Diagnostik	<p>Hinweis: Auch für die Notfallversorgung gilt, dass diese in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein muss.</p> <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.</p>
Pflegefachkräfte mit anerkannter Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege oder entsprechende Erfahrung	c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.
Gewährleistung Vorstellung in Tumorkonferenz	d) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind.
Ausnahmen	<p>Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.</p>
Darlegung wesentlicher Aspekte zu Risiken und Nebenwirkungen	e) dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.
zeitnahe Behandlungseinleitung	f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.
Behandlungsplätze für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen	g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und die transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht.
Behandlungsmöglichkeiten für immundefiziente Patienten	h) geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten für immundefiziente Patienten zur Verfügung stehen.
Zubereitung und Entsorgung tumorspezifischer Therapeutika	i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.
tägliche Zubereitung und Entsorgung intravenöser Therapeutika	j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.
Mikrobiologie, hämatologisches Labor	k) eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung stehen.

Erweiterter Landesausschuss für das Land Brandenburg

Notfallpläne	l)	Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten bereitgehalten werden.
intensivmedizinische Behandlung	m)	die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
stationäre Notfall-OP's	n)	stationäre Notfalloperationen möglich sind.
Bereitstellung von Infomaterial für Patienten	o)	den Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs- Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.
Registrierung im Krebsregister	p)	eine Registrierung der Patienten in dem Krebsregister Berlin-Brandenburg gewährleistet wird.
Anwendung von Genexpressionsanalysen	q)	bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none">• die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen• die Patientin ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären• eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin ist ausgeschlossen.
		ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren: <ul style="list-style-type: none">• Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse gehört nicht zum Behandlungsumfang
Dokumentation		Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
Behindertengerechter Zugang		Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen an allen Tätigkeitsorten behindertengerecht

sein. Barrierefreiheit ist anzustreben.

5. Anforderungen nach den Qualitätssicherungsvereinbarungen gem. § 135 SGB V

Für die Erkrankungen gynäkologischer Tumoren sind die nachfolgend genannten Qualitätssicherungsvereinbarungen relevant, für die der Nachweis durch Vorlage von Belegen, Zeugnissen oder Bescheinigungen zu führen ist, die den Erwerb der geforderten Kenntnisse und praktischen Erfahrungen belegen. Sofern der Anzeigende die erforderlichen Nachweise bzw. Belege bereits im Zusammenhang mit der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) oder der Eintragung in das Arztregister nachgewiesen hat, kann die Erklärung abgegeben werden, dass er mit der Einsichtnahme in seine Arztregister- bzw. Genehmigungsakte (im Falle von Nachweisen für Genehmigungen nach den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) einverstanden ist.

Auch in diesem Fall muss der Anzeigende, der bereits eine KV-Genehmigung hat und diese Leistungen im Rahmen der ASV durchführen möchte, diese Leistungen ebenfalls anzeigen. Die Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen der ASV für diese genehmigungspflichtigen Leistungen kann nur durch eine entsprechende Anzeige gegenüber dem eLA begründet werden.

Die in einigen Qualitätssicherungsvereinbarungen zu den Nachweisen der fachlichen Qualifikation durch Urkunden und Zeugnissen nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern zusätzlich geforderten Angaben, wie Untersuchungszahlen bzw. Tätigkeitszeiträumen „unter Anleitung“ sowie der Geräteausstattung können durch eine Selbsterklärung erbracht werden, mit welcher der Erklärende das Vorliegen dieser Voraussetzungen ausdrücklich versichert. Nähere Einzelheiten dazu, welche Nachweise bei welcher Qualitätssicherungsvereinbarung durch eine Selbsterklärung ersetzt werden können, finden Sie in den entsprechenden Formularen zu den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen.

Der Anzeigende verpflichtet sich die Auflagen zur Aufrechterhaltung der erforderlichen fachlichen Befähigung zu erfüllen und der regelmäßigen Überprüfung der Aufrechterhaltung der erforderlichen sachlichen und apparativen Anforderungen zuzustimmen.

Erweiterter Landesausschuss für das Land Brandenburg

Für die Indikation gynäkologische Tumoren werden folgende Anlagen nach den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V als Bestandteil des Anzeigeformularsatzes benötigt:

Anlage 2	Langzeit-EKG-Untersuchungen
Anlage 4	Koloskopie (entfällt, wenn Mammakarzinome behandelt werden sollen)
Anlage 5	Molekulargenetik
Anlage 6	Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung, Nuklearmedizin
Anlage 7	Zytologische Untersuchung der Zervix Uteri
Anlage 8	Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung, Strahlentherapie
Anlage 9	Schmerztherapie
Anlage 11	Laboratoriumsmedizin
Anlage 12	Ultraschalldiagnostik
Anlage 13	Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung, Allgemeine Röntgendiagnostik
Anlage 14	Kurative Mammographie (entfällt, wenn nur andere gynäkologische Tumoren behandelt werden sollen)
Anlage 15	Vakuumbiopsie (entfällt, wenn nur andere gynäkologische Tumoren behandelt werden sollen)
Anlage 16	Interventionelle Radiologie
Anlage 17	Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung, Computertomographie
Anlage 18	Kernspintomographie
Anlage 19	MR-Angiographie
Anlage 20	Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung, Osteodensitometrie
Anlage 21	MRSA

Bitte beachten Sie, dass jede der aufgeführten Anlagen von mindestens einer Ärztin/ einem Arzt des interdisziplinären Teams nebst den darin geforderten Unterlagen, Belegen und Erklärungen eingereicht werden sollte.

6. Mindestmengen

Das Kernteam muss für die Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom** mindestens **250** Patienten der unter Ziffer „1.1 Mammakarzinom“ der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der ASV-Richtlinie genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Behandlung von Patientinnen mit **gynäkologischen Tumoren** muss ein Kernteam mindestens **60** Patientinnen der unter Ziffer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumor-spezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

Mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien (ungeachtet der Lokalisation und Verlaufsform) pro Quartal und Arzt, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen

oder

mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien (ungeachtet der Lokalisation und Verlaufsform) pro Quartal und Arzt, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120 / 70 / 30 bzw. 80 / 60 / 20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

Nachweis der Mindestmengen

Zum Nachweis nutzen Sie bitte die Anlage zu Teil D des Anzeigeformulars (beigefügte Excel-Datei). Zur Auswertung der Angaben übermitteln Sie die Daten in elektronischer Form. Sofern mehrere Mitglieder des Kernteams Patienten gemeinsam behandelt haben, können die Angaben auch für mehrere Mitglieder des Kernteams gemeinsam gemacht werden.

Sofern die Ausnahmeregelung zur Unterschreitung der Mindestmengen zur Anwendung gelangt, werden seitens des eLA Brandenburg nur befristete ASV-Berechtigungen bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen erteilt. Die Befristung entfällt, wenn die Nachweise zur Erfüllung der Mindestmengenvorgaben spätestens zwei Monate vor Ablauf der Frist vorgelegt werden.

7. Sonderregelung für Subspezialisierung

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

**ASV-Sonderregelung
Mammakarzinom**

Abweichend hiervon entfallen für Anzeigende, die

a) ausschließlich Patienten mit den Diagnosen entsprechend Ziffer 1.1 behandeln, die unter Ziffer 7.1 genannten Anforderungen

oder

b) ausschließlich Patienten mit Diagnosen entsprechend Ziffer 1.2 behandeln, die unter Ziffer 7.2 genannten Anforderungen.

Die vollständige Erfüllung der übrigen Anforderungen dieser Anlage ist jeweils beim zuständigen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und nachzuweisen.

7.1 ASV-Sonderregelung Mammakarzinom

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom** (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.1) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

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

Folgende Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Urologie
- Visceralchirurgie

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 60 Patienten mit gesicherter Diagnose der unter Ziffer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ der Anlage 1.1 Buchstabe a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der ASV-RL genannten Indikationsgruppen

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.1 des Appendix aufgeführt. Es gehören danach für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom** (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.1) folgende GOP **nicht** zum Behandlungsumfang:

GOP	GOP-Bezeichnung
08310	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz
08311	Urethro(-zysto)skopie
08333	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie
08334	Zuschlag für die Polypentfernung

ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

- 08341 Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung
- 13421 Zusatzpauschale Koloskopie
- 13422 Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie
- 13423 Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422
- 25330 Moulagen- oder Flabtherapie
- 25331 Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie
- 25332 Intrakavitäre vaginale Brachytherapie
- 32390 Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 - CA 125
- 32394 Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 - CA 72-4 (TAG 72)
- 33043 Uro-Genital-Sonographie
- 34256 Urethrozystographie oder Refluxzystogramm

7.2 ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patienten mit **anderen gynäkologischen Tumoren** (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.2) setzt die Erfüllung der in Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

- Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

- Voraussetzungen für die Genexpressionsanalyse nach 3.2. q)

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

- die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 250 Patienten mit gesicherter Diagnose der unter Ziffer „1.1 Mammakarzinom“ der Anlage 1.1 Buchstabe a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der ASV-RL genannten Indikationsgruppen

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 des Appendix aufgeführt.

Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patienten mit **anderen gynäkologischen Tumoren** (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.2) gehören folgende GOP gem. Abschnitt 3.2 des Appendix **nicht** zum Behandlungsumfang:

- | GOP | GOP-Bezeichnung |
|-------|--|
| 08320 | Mammastanzbiopsie |
| 32391 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 - CA 15-3 |
| 33041 | Mamma-Sonographie |
| 34270 | Mammographie |
| 34271 | Zuschlag Markierung, Stanzbiopsie |
| 34272 | Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik) |
| 34273 | Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates |
| 34274 | Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP |

Erweiterter Landesausschuss für das Land Brandenburg

	<p>34270 34275 Durchführung einer Mammographie in einer Ebene 40454 Sachkosten im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34274 40455 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für Markierungsclips</p> <p>Die laufende Nummer 4 im Abschnitt 2 des Appendix (Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse gehört nicht zum Behandlungsumfang.</p>
8. Sonstiges	
Bescheid	Der eLA entscheidet über die Anzeigen durch Beschluss und erteilt den Anzeigenden über die getroffene Entscheidung einen Bescheid. Im Falle institutioneller Benennung ergeht der Bescheid an den Leiter der Institution.
Vertragsarzt hat vertragsärztlichen Versorgungsauftrag bei Teilnahme an ASV zu beachten.	Hat ein Vertragsarzt die ASV-Berechtigung erhalten, muss er beachten, dass er neben der ASV-Versorgung gemäß § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV und § 17 Abs. 1a BMV-Ä in hinreichenden Umfang der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung steht.
Wegfall der Voraussetzungen	Erfüllt der ASV-Berechtigte (Vertragsarzt oder Krankenhaus) die Voraussetzungen für die Berechtigung nicht mehr (z. B. Ausscheiden aus Kernteam durch Zulassungsende oder Beendigung der Anstellung im Krankenhaus), so hat er dies dem eLA sowie der Landeskrankengesellschaft Brandenburg e. V. (LKB), den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und der KVBB unverzüglich mitzuteilen.
Nachbesetzungsmöglichkeit	Die Nachbesetzung durch Benennung des neuen Mitglieds gegenüber dem eLA hat innerhalb von 6 Monaten zu erfolgen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen.
Vertretung	Für alle Fälle der Vertretung gilt: Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärzte möglich, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem eLA, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVBB und der LKB zu melden.
keine ASV-Berechtigung für alle Berechtigten bei erfolgloser Nachbesetzung	Ist innerhalb der 6 Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen mit Ablauf der 6 Monate nicht mehr vor. Die Anzeige gegenüber dem eLA über die erfolglose Nachbesetzung hat innerhalb von 3 Werktagen nach Ablauf der 6 Monate zu erfolgen. Darüber hinaus ist dies den Landesverbänden der Krankenkassen, sowie den Ersatzkassen, der LKB und der KVBB zu melden.