

► ► Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung folgender Bedingungen bzw. die Erfüllung folgender Voraussetzungen versichert:

- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Eine Vertretung der Mitglieder erfolgt nur durch Fachärzte, welche die in der ASV-Richtlinie des G-BA normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen; Vertretungen, die länger als eine Woche dauern, werden dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVBB und der LKB gemeldet.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehende Fachärzte) ausscheidet, ist dies dem erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 Satz 1 SGB V ein neues Mitglied zu benennen.
- Die Mitglieder des Kernteams 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 Ort der Leistungserbringung für direkt an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte für direkt an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. die Vorgaben des § 4a ASV-RL erfüllt und eingehalten.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung sind behindertengerecht. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement bzw. die Vorgaben des § 4a ASV-RL werden eingehalten.
- Die Patienten werden bei Erstkontakt mit der ASV umfassend und in für diese verständlicher Weise über das Versorgungsangebot der ASV, über das interdisziplinäre Team, über die Behandlungsmaßnahmen und -ziele und das betreffende Leistungsspektrum informiert.
- Durch die ASV-Berechtigten wird sichergestellt, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird unterstützt.
- Mit den Patienten-/selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.

► ► Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 1)

- Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:
 - a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
 - ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege
 - Physiotherapie
 - sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen BeratungsangebotenHierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
 - b) eine Zusammenarbeit mit folgender Fachdisziplin besteht
 - Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im ASV-Team vorhanden ist
 - c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte besteht:
 - Innere Medizin und Hämatologie und OnkologieDie 24-Stunden-Notfallversorgung muss in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein (§ 4 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL)
 - d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen 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
 - e) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung steht
 - f) geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten für immundefiziente Patienten zur Verfügung stehen
 - g) infektiöse Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patienten untersucht und behandelt werden können
 - h) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt
 - i) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden
 - j) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten bereitgehalten werden
 - k) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht
 - l) stationäre Notfalloperationen möglich sind
 - m) 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
 - n) eine Meldung der Krankheitsverläufe der Patienten an das Krebsregister Berlin-Brandenburg erfolgt.

► ► Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 2)

- Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.
- Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.
- Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens folgende Komponenten: einen patientenverständlichen Entlass-/ Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlägen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie entsprechend § 115c SGB V.
- Zum Behandlungsumfang gehört auf Verlangen des Patienten auch die Aktualisierung und ggf. die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31 a SGB V in Papierform. Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels den Patienten über den Anspruch auf einen Medikationsplan zu informieren.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller meiner im Zusammenhang mit der Anzeige zur Teilnahme an der ASV gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass meine Angaben geprüft werden und unrichtige Angaben zum Widerruf der Berechtigung zur Teilnahme an der ASV und zur Rückforderung der für die erbrachten Leistungen gezahlten Honorare führen können.

Sofern eine der nachfolgend zur Unterzeichnung aufgeführten Arztgruppen durch einen angestellten Arzt besetzt wird, ist diese Erklärung von dem angestellten Arzt bei der jeweiligen Arztgruppe sowie nach dem Anzeigensteller anschließend an diesen Text von dem jeweiligen Unterzeichnungsberechtigten des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ, Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V zu unterzeichnen.

_____ Ort, Datum	_____ Name Anzeigensteller <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter <i>des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

▶▶ Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 3)

_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	--	-----------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	--	-----------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	--	-----------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name Teamleiter (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	---	-----------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	---	-----------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Haut- und Geschlechtskrankheiten (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	--	-----------------------

► ► Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 4)

_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Innere Medizin und Gastroenterologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (hinzuzuziehender Arzt) Allgemeinchirurgie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (hinzuzuziehender Arzt) Anästhesiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Augenheilkunde <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Frauenheilkunde und Geburtshilfe <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

► ► Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 5)

_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Kardiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Nephrologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Pneumologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Rheumatologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Laboratoriumsmedizin <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

► ► Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 6)

_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Neurologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Nuklearmedizin <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Pathologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Radiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Strahlentherapie	_____ Unterschrift

▶▶ **Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation**
(in Druckschrift)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 7)

_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Transfusionsmedizin* (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	--	-----------------------

_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Urologie (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	--	-----------------------

[Hinweis: ggf. weitere Seite(n) für die Erklärungen zur Teilnahme an der ASV verwenden!]

* Anmerkung: Fachrichtung kann zusätzlich benannt werden