Stempel

Erweiterter Landesausschuss der Ärzte,
der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V

Onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9:
Tumoren des Auges

Hinweise:
1. Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet.
2. Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz.
3. Ihre ASV-Anzeige muss formal vollständig sein. Dies bedeutet, dass zu allen personellen, sachlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß den Vorgaben der Richtlinie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung alle notwendigen Belege, Vereinbarungen und Anzeigeformulare von dem Anzeigesteller vorliegen müssen.
4. Sobald Ihnen Ihre Teamnummer vorliegt, teilen Sie uns diese bitte mit.
5. Die Anzeige muss in schriftlicher und in digitaler Form der Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt werden. Dabei müssen die Papierunterlagen mit dem digitalen Datensatz übereinstimmen.
6. Bitte beachten Sie die Hinweise zur korrekten Ordnerstruktur einer ASV-Anzeige.

Nach § 2 Abs. 2 Satz 3 der ASV-Richtlinie sollen die kooperierenden Leistungserbringer die Teilnahme an der ASV gemeinsam anzeigen.

Teil 1 - Angaben zum interdisziplinären Team

vom Teamleiter auszufüllen (Seiten 1 bis 13)

Angaben zu den Pflegefachkräften,
für jede Pflegefachkraft separat auszufüllen (Seite 14 und 15)

Teil 2 - Mitglieder des Kernteams

von jedem Facharzt separat auszufüllen (Seiten 16 bis 18)

Teil 3 - Hinzuzuziehende Fachärzte

von jedem Facharzt separat auszufüllen (Seiten 19 bis 20)

Anlagen - Nachweise der fachlichen Qualifikationen

von jedem **Facharzt** auszufüllen, sofern eine Leistung erbracht werden soll, für die es eine QS-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V gibt.

Teil 1 - Angaben zum interdisziplinären Team

Anzeigensteller

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt ☐ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Interdisziplinäres Team

Teamleitung:

Titel, Vorname, Name	Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

Mitglieder des Kernteams

	Titel, Vorname, Name	Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Hinweis: Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie diese Seite bitte in ausreichender Anzahl.

	Titel, Vorname, Name	Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Hinzuzuziehende Fachärzte:

Hinweis: Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie diese bzw. die folgenden Seiten bitte in ausreichender Anzahl.

Anästhesiologie

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Nuklearmedizin

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Innere Medizin und Kardiologie

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Laboratoriumsmedizin

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Radiologie

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Pathologie

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Für die Hinzuziehenden sind folgende Fachärztinnen oder Fachärzte einzeln oder gemeinsam zu benennen:

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist dafür Sorge getragen, dass:

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

Hinweis: Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

soziale Dienste

ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)

Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

Ocularist

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte besteht:

Hinweis: Soweit Kooperationsverträge zur Erfüllung der Voraussetzungen bestehen, sind diese schriftlich darzulegen. Aus den Kooperationsverträgen muss hervorgehen, dass es sich um eine Kooperation im Sinne der ASV handelt und die notwendigen Anforderungen entsprechend der Richtlinie erfüllt sind.

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

Die 24-Std.-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Das Notfall-Labor und die 24-Std.-Notfallversorgung müssen in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

☐ Ja ☐ Nein

c) mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

Hinweis: Qualifikationen sind der Anzeige beizufügen.

☐ Anzahl der Pflegefachkräfte, die im Rahmen der ASV tätig werden sollen.
(Für jede Pflegefachkraft Seite 14 und ggf. Seite 15 ausfüllen, Kopien der Qualifikationen sind beizufügen.)

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 vorgestellt wird, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplien, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.

☐ Ja ☐ Nein

e) dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten, zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt wird.

☐ Ja ☐ Nein

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

☐ Ja ☐ Nein

g) 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.

☐ Ja ☐ Nein

h) für immundefiziente Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

☐ Ja ☐ Nein

i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.

☐ Ja ☐ Nein

j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten wird.

☐ Ja ☐ Nein

k) eine Mikrobiologie,

Hinweis: Vereinbarungen sind der Anzeige beizufügen.

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

☐ Ja ☐ Nein

m) Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Die Intensivstation muss in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

Hinweis: Vereinbarungen sind der Anzeige beizufügen.

n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.

Hinweis: Vereinbarungen sind der Anzeige beizufügen.

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.

☐ Ja ☐ Nein

p) eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des Hamburgischen Krebsregistergesetzes erfolgt.

☐ Ja ☐ Nein

Sektorenübergreifende ASV-Kooperation
Es besteht eine intersektorale Kooperation (ambulant/stationär) gemäß § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V innerhalb des interdisziplinären Teams.
Der Kooperationsvertrag ist als Anlage beizufügen und von allen Mitgliedern des Kernteams sowie von den Geschäftsführern der MVZ / Krankenhäuser / Institute zu unterschreiben.

Hinweis: Sollte ein MVZ keinen Geschäftsführer haben (z.B. GbR), unterschreibt der ärztliche Leiter des MVZ.

Es besteht keine solche Kooperation, weil:

Behandlung der Patienten
Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

☐ Ja ☐ Nein

Dokumentation
Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert. Die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team wird eindeutig sichergestellt. Durch eine geeignete Organisation 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.

☐ Ja ☐ Nein

Personelle Anforderungen

Die Teammitglieder verfügen gemäß § 3 Abs. 5 Satz 1 der ASV-Richtlinie über ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

☐ Ja ☐ Nein

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 das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

Mindestmenge

Das Kernteam muss mindestens 10 Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.
Bitte fügen Sie Einzelauflistungen der vom Kernteam im Vorjahr behandelten Patienten mit Angabe der Patienteninitialen, dem Geburtsjahr und des ICD-Codes bei.

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 besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Anzahl der behandelten Patienten: ☐

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen 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 (*1) pro Quartal und Arzt, **darunter 70 Patienten**, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden (*2), **davon 15 Patienten** mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (*3) nachweisen.

  Angaben zum Facharzt (Titel, Vorname, Name)

  ☐

  Anzahl zu

  (*1) ☐ (*2) ☐ (*3) ☐

ODER

- Mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung **von durchschnittlich 80 Patienten** mit soliden Neoplasien (*4) pro Quartal und Arzt, **darunter 60 Patienten**, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden (*5), **davon 10 Patienten** mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionalter Behandlung (*6) nachweisen.

  Angaben zum Facharzt (ggf. Titel, Vorname, Name)

  ☐

  Anzahl zu

  (*4) ☐ (*5) ☐ (*6) ☐

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120 / 70 / 15 / bzw. 80 / 60 / 10) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten in den jeweils zurückliegenden 4 Quartalen, heranzuziehen.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung 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 worden sein.

Ort und Datum

Unterschrift der Teamleitung

Tätigkeitsort des interdisziplinären Teams

Anschrift Praxis / Krankenhaus / MVZ	PLZ					Ort

Angaben zur Barrierefreiheit

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Praxisräume:

☐ Barrierefrei zugänglich

Eingang sowie Zugang zu Empfang, Wartezimmer und Behandlungsraum:
- stufenlos (Türschwelle max. 3cm hoch, Rampen mit max. 6% Steigung)
- Abstand zwischen Türen im Windfang mindestens 250 cm
- kein verschlossener Nebeneingang

Türen:
- mindestens ein Flügel von mindestens 90 cm Breite

Aufzug:
- wenn vorhanden, dann Türbreite im geöffneten Zustand mindestens 90 cm,
- Aufzugskabine mindestens 110 cm breit und 140 cm tief, kein Lastenaufzug

☐ Bedingt barrierefrei zugänglich

Eingang sowie Zugang zu Empfang, Wartezimmer und Behandlungsraum:
maximal eine Stufe, Rampen über 6% Steigung

Türen:
mindestens ein Flügel von mindestens 70 cm Breite

Aufzug:
wenn vorhanden, dann Türbreite im geöffneten Zustand mindestens 70 cm, Aufzugskabine mindestens 70 cm breit und 90 cm tief

☐ Für gehbehinderte Patienten zugänglich
- maximal drei aufeinanderfolgende Stufen mit Handlauf
- Sitzgelegenheiten in Anmelde- und Wartezonen

Praxisräume WC:

☐ Barrierefreies WC vorhanden
- für Rollstuhlfahrer links und/oder rechts anfahrbar
- Bewegungsraum neben WC mindestens 95 cm
- Haltegriffe
- Bewegungsfläche vor dem WC mindestens 150 x 150 cm
- Türen öffnen nach aussen, Breite mindestens 90 cm
- Notruf vorhanden

☐ Bedingt barrierefreies WC vorhanden

für Rollstuhlfahrer links und/oder rechts anfahrbar, Türen öffnen nach außen, Breite mindestens 70 cm

☐ Bedingt barrierefreies WC nicht vorhanden

Parkplatz:

☐ Behindertenparkplatz vorhanden

Breite mind. 3,50 m, Bordsteine abgesenkt

☐ Parkplatz vorhanden

mit reservierten Plätzen für Besucher der Praxis

Bestätigungen

Mir ist bekannt, dass die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht:

- für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,
- bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V oder durch Beendigung der Berechtigung stationäre Leistungen für die Erkrankung zu erbringen,
- bei Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen. Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, hat die Benennung eines neuen Mitglieds innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicher zu stellen,
- bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche,
- bei Benennung eines neuen Mitglieds.

Mir ist darüber hinaus bekannt, dass:

- Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen dürfen sie nicht erbringen,
- hinsichtlich der fachlichen Befähigung die Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V und die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a der ASV-RL und dem Anhang des § 4a entsprechend gelten,
- der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden,
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen sollen.

Ort und Datum	Unterschrift der Teamleitung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind,
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierungen der Indikation bekannt sind,
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung der Indikation **in der jeweils gültigen Fassung** sowie nach § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL richtet,
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus),
- eine eventuelle Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und deren Anlagen normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen,
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen,
- alle Teammitglieder die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umgesetzt wird,
- die benannten hinzuzuziehenden Fachärzte ihre Zustimmung erteilt haben.

Ort und Datum	Unterschrift der Teamleitung

Hinweise:
1.: Bitte für jede benannte Pflegefachkraft separat ausfüllen und Nachweise beifügen (entspr. Anzahl kopieren).
2.: Sollte der Platz nicht ausreichen, die 2. Seite bitte entsprechend kopieren.

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Ausbildung als	**Datum**

staatlich anerkannte Zusatzqualifikation als	(voraussichtlich) **abgeschlossen am**

Angemeldet zu der staatlich anerkannten Zusatzqualifikation, Beginn am

tätig in der Hämatologie/Onkologie seit

Fortbildungen

Datum	Titel/Thema der Fortbildung	Anzahl der Stunden

Fortsetzung
Fortbildungen vor und nach der staatlich anerkannten Zusatzqualifikation

Datum	Titel/Thema der Fortbildung	Anzahl der Stunden

Teil 2 - Mitglieder des Kernteams

Hinweis: Die folgenden Seiten 11 bis 13 sind von jedem Facharzt separat auszufüllen.

Teamname

Persönliche Angaben

Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt

Geburtsdatum

Anstellung in einem nach § 108 zugelassenem Krankenhaus, einem MVZ, einer BAG oder Praxis

☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum Tätigkeitsort

Name des Krankenhauses und der Abteilung / Name des MVZ / Name der BAG / Name der Praxis

Anschrift Praxis / Krankenhaus / MVZ / BAG Ort

Telefon E-Mail

☐ Der ASV-Berechtigte erfüllt die Leistungen in einem nach § 136c Absatz 5 SGB V ausgewiesenen Zentrum (im Rahmen der Zentren-Regelung des G-BA).

☐ Der ASV-Berechtigte verfügt über Weiterbildungsbefugnisse für eine Facharztbezeichnung, einen Schwerpunkt oder eine Zusatz-Weiterbildung, die in den jeweiligen leistungsspezifischen Regelungen des Anhangs zu § 4a der ASV-RL aufgeführt sind.

Die Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung beträgt _____ Minuten.

Die Behandlung der ASV-Patienten erfolgt zu folgenden Zeiten am Tätigkeitsort der Teamleitung:

Wochentag	von	bis
Wochentag	von	bis

Ich erbringe an immobile Apparate gebundene Leistungen bzw. untersuche entnommenes Untersuchungsmaterial.

☐ Ja ☐ Nein

Fachliche Befähigung des interdisziplinären Teammitglieds

Hinweis: Nach Anlage 1.1 der ASV-Richtlinie „Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges“ gelten hinsichtlich der fachlichen Befähigungen, der Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigungen, der apparativen, organisatorischen, räumlichen Voraussetzungen sowie der Überprüfung der Hygienequalität die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend.

Ich beabsichtige im Rahmen der ASV folgende Leistungen zu erbringen, für die Qualitätssicherungs-vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V gelten:

	Krankenhausarzt		**Vertragsarzt**	
	Nachweise liegen der KV Hamburg bereits vor	Nachweise sind in Kopie beigefügt	KV- Genehmigung bereits erteilt	Nachweise sind in Kopie beigefügt
☐ Allgemeine Kernspintomographie	☐	☐	☐	☐
☐ Interventionelle Radiologie	☐	☐	☐	☐
☐ Labor	☐	☐	☐	☐
☐ MR-Angiographie	☐	☐	☐	☐
☐ Schmerztherapeutische Leistungen	☐	☐	☐	☐
☐ Ultraschalldiagnostische Leistungen	☐	☐	☐	☐

Ich beabsichtige im Rahmen der ASV folgende Leistung zu erbringen, für die leistungsspezifische Qualitätssicherungsanforderungen nach § 4a ASV-RL und dem Anhang des § 4a gelten:

☐ allgemeine Röntgendiagnostik	☐	☐	☐	☐

Sofern Sie im Rahmen der ASV eine dieser Leistungen erbringen möchten, füllen Sie bitte das entsprechende Formular „Nachweis der fachlichen Befähigung“ für die jeweilige Leistung aus. Diese finden Sie auf der Homepage der KVH unter Formulare, dort unter dem Stichwort ASV.
Mit der Prüfung der "fachlichen Befähigungen" durch die Abteilung Genehmigung der KVH erkläre ich mich einverstanden.

Für folgende Leistungen ist kein zusätzliches Formular "Nachweis der fachlichen Befähigung" notwendig.

☐ Strahlentherapie
☐ Nuklearmedizin
☐ Computertomographische Leistungen
☐ Langzeit-EKG Untersuchungen

Ort und Datum

Unterschrift

Ich bevollmächtige den Teamleiter des ASV-Teams, Herrn/Frau _____,
das Anzeigeverfahren beim erweiterten Landesausschuss durchzuführen, einschließlich späterer, mich betreffender, Änderungen/Ergänzungen.

Ort und Datum | Unterschrift

Hiermit erkläre ich mich mit dem Datenaustausch zwischen dem erweiterten Landesausschuss und der ASV-Servicestelle auf Bundesebene einverstanden.

Ort und Datum | Unterschrift

Bitte fügen Sie Kopien der Urkunden über die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung zum Verbleib in der Geschäftsstelle bei.

Ort und Datum | Unterschrift

Hiermit verpflichte ich mich, das Entfallen einer Berechtigung für die Erbringung einer genehmigungspflichtigen Leistung dem erweiterten Landesausschuss unverzüglich anzuzeigen.

Ort und Datum | Unterschrift

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art.13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter https://www.kvhh.net/datenschutzhinweis.html.

Teil 3 - Hinzuzuziehende Fachärzte - von den einzelnen Ärzten auszufüllen

Hinweis: Die folgenden Seiten 17 bis 18 sind von jedem Facharzt separat auszufüllen.

Teamname

Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt

Geburtsdatum

Anstellung in einem nach § 108 zugelassenem Krankenhaus, einem MVZ, einer BAG oder Praxis

☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum Tätigkeitsort

Name des Krankenhauses und der Abteilung / Name des MVZ / Name der BAG / Name der Praxis

Anschrift Praxis / Krankenhaus / MVZ / BAG Ort

Telefon E-Mail

Die Anzeige erfolgt als institutionelle Benennung: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: für folgende Abteilung / folgenden Bereich

nur bei einer institutionellen Benennung ankreuzen:

☐ Der ASV-Berechtigte erfüllt die Leistungen in einem nach § 136c Absatz 5 SGB V ausgewiesenen Zentrum. (im Rahmen der Zentren-Regelung des G-BA).

☐ ASV-Leistung wird in einer Weiterbildungsstätte für ein Fachgebiet, eine Zusatz-Weiterbildung oder einen Schwerpunkt erbracht.

☐ Es handelt sich um eine fachspezifische Organisationseinheit. Es ist eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit unter fachlicher Leitung.

Die Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung beträgt _____ Minuten.

Ich bevollmächtige den Teamleiter des ASV-Teams, Herrn/Frau _____, das Anzeigeverfahren beim erweiterten Landesausschuss durchzuführen, einschließlich späterer, mich betreffender, Änderungen/Ergänzungen.

Ort und Datum Unterschrift

Hiermit erkläre ich mich mit dem Datenaustausch zwischen dem erweiterten Landesausschuss und der ASV-Servicestelle auf Bundesebene einverstanden.

Ort und Datum Unterschrift

Fachliche Befähigung des hinzuzuziehenden Arztes

Hinweis: Nach Anlage 1.1 der ASV-Richtlinie "Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges" gelten hinsichtlich der fachlichen Befähigungen, der Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigungen, den appartiven, organisatorischen, räumlichen Voraussetzungen sowie der Überprüfung der Hygienequalität die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend.

Ich beabsichtige im Rahmen der ASV folgende Leistungen zu erbringen, für die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V gelten:

	Krankenhausarzt		**Vertragsarzt**	
	Nachweise liegen der KV Hamburg bereits vor	Nachweise sind in Kopie beigefügt	KV-Genehmigung bereits erteilt	Nachweise sind in Kopie beigefügt
☐ Allgemeine Kernspintomographie	☐	☐	☐	☐
☐ Interventionelle Radiologie	☐	☐	☐	☐
☐ Labor	☐	☐	☐	☐
☐ MR-Angiographie	☐	☐	☐	☐
☐ Schmerztherapeutische Leistungen	☐	☐	☐	☐
☐ Ultraschalldiagnostische Leistungen	☐	☐	☐	☐

Ich beabsichtige im Rahmen der ASV folgende Leistung zu erbringen, für die leistungsspezifische Qualitätssicherungsanforderungen nach § 4a ASV-RL und dem Anhang des § 4a gelten:

Hinweis: Folgende Leistungen sind nur für einen Leistungserbringer pro Leistungsbereich nachzuweisen.

☐ allgemeine Röntgendiagnostik ☐ ☐ ☐ ☐

Sofern Sie im Rahmen der ASV eine dieser Leistungen erbringen möchten, füllen Sie bitte das entsprechende Formular "Nachweis der fachlichen Befähigung" für die jeweilige Leistung aus. Diese finden Sie auf der Homepage der KVH unter Formulare, dort unter dem Stichtwort ASV.

Mit der Prüfung der "fachlichen Befähigungen" durch die Abteilung Genehmigung der KVH erkläre ich mich einverstanden.

Für folgende Leistungen ist kein zusätzliches Formular "Nachweis der fachlichen Befähigung" notwendig.

☐ Strahlentherapie
☐ Nuklearmedizin
☐ Computertomographische Leistungen
☐ Langzeit-EKG Untersuchungen

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Bitte fügen Sie Kopien der Urkunden über die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung zum Verbleib in der Geschäftsstelle bei.

Hiermit verpflichte ich mich, das Entfallen einer Berechtigung für die Erbringung einer genehmigungspflichtigen Leistung dem erweiterten Landesausschuss unverzüglich anzuzeigen.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art.13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter https://www.kvhh.net/datenschutzhinweis.html.

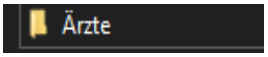
Hinweise zur korrekten Ordnerstruktur einer ASV Anzeige
(Abteilung Genehmigung)

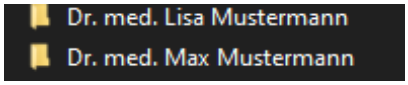
1. **Ordnerbenennung**
   - Name des Instituts
   - Indikation

Beispiel
Musterkrankenhaus

2. **Inhaltlicher Ordneraufbau / Ordnerbenennung**
   - Ärzteordner anlegen

Beispiel



3. Bitte erstellen Sie die Unterordner unter dem Reiter ,,Ärzte‘‘. Legen Sie anschließend die erforderlichen Unterlagen jeweils pro Arzt in den beschrifteten Ordnern ab.

Beispiel