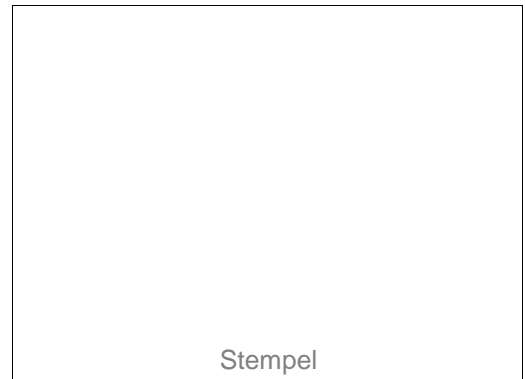


Erweiterter Landesausschuss der Ärzte,  
der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



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

### **Diagnostik und Versorgung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen (Erwachsene)**

#### 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> .

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

**Die Anzeige muss in schriftlicher und zusätzlich in digitaler Form der Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt werden.**

**Teil 1 - Angaben zum interdisziplinären Team**  
vom Teamleiter auszufüllen (Seiten 1 bis 10)

**Teil 2 - Mitglieder des Kernteams**  
von jedem Facharzt separat auszufüllen (Seiten 11 bis 13)

**Teil 3 - Hinzuzuziehende Fachärzte**  
von jedem Facharzt separat auszufüllen (Seiten 14 bis 15)

**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)
- Institution bzw. Anzeigender nimmt bereits an der Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 01.04.2007 bis 31.12.2011 zu dieser Indikation teil.

### Interdisziplinäres Team

#### Teamleitung:

Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

#### Mitglieder des Kernteams

1. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

2. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

3. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

4. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

5. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

6. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

7. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

8. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

9. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

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

10. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

11. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

12. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

13. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

14. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

15. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

16. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

17. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

18. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

19. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

20. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-  
Weiterbildung

**Hinzuzuziehende Fachärzte:**

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

**Augenheilkunde**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Angiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Gastroenterologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Kardiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Laboratoriumsmedizin**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Neurologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Nuklearmedizin**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Pathologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychologischer Psychotherapeut oder ärztlicher Psychotherapeut**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Radiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

## Sächliche und organisatorische Anforderungen

Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:

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

Hinweis: Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

### Physiotherapie

### soziale Dienste

### Ergotherapie

### Orthopädietechnik, -mechanik, -schumacher

- b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die jeweilige Einrichtung ist den Patienten namentlich zu nennen. Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

Ja       Nein

- c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

Ja       Nein

- d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

Ja       Nein

## 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 G-BA-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 Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:

1. Anamnese (z.B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
2. Körperlicher Untersuchung (z.B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
3. Laboruntersuchungen (z.B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und
4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).

Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.

## Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 240 Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

**Bitte fügen Sie Einzelaufstellungen 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 4 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 § 140 a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Anzahl der behandelten Patienten:

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

In den zurückliegenden 4 Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

---

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 Bundesausschusses 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 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

## Teil 2 - Mitglieder des Kernteams

**Hinweis:** Die folgenden Seiten 12 bis 14 sind von jedem Facharzt separat auszufüllen.

### 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

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 Buchstabe B der ASV-Richtlinie "rheumatologische Erkrankungen" 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 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 |
| <input type="checkbox"/> Computertomographische Leistungen   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie         | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie                | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Kernspintomographie      | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie                          | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Labor                               | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG Untersuchungen         | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> MR-Angiographien                    | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                      | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie                  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Radiologische Diagnostik            | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostische Leistungen | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>          |

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.

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 Fachge-  
bietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung zum Verbleib in der  
Geschäftsstelle bei.**

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>.

### Teil 3 - Hinzuzuziehende Fachärzte - von den einzelnen Ärzten auszufüllen

**Hinweis:** Die folgenden Seiten 15 bis 16 sind von jedem Facharzt separat auszufüllen.

#### 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

**Die Anzeige erfolgt als institutionelle Benennung:**

Ja  Nein

**Wenn ja:** für folgende Abteilung / folgenden Bereich

Die Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung beträgt \_\_\_\_\_ Minuten.

Ich bevollmächtige den Teamleiter des ASV-Teams, Herr/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 Buchstabe B der ASV-Richtlinie "rheumatologische Erkrankungen" 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 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 |
| <input type="checkbox"/> Computertomographische Leistungen   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie         | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie                | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Kernspintomographie      | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie                          | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Labor                               | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG Untersuchungen         | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> MR-Angiographien                    | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                      | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie                  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Radiologische Diagnostik            | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostische Leistungen | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |

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.

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.**

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>.