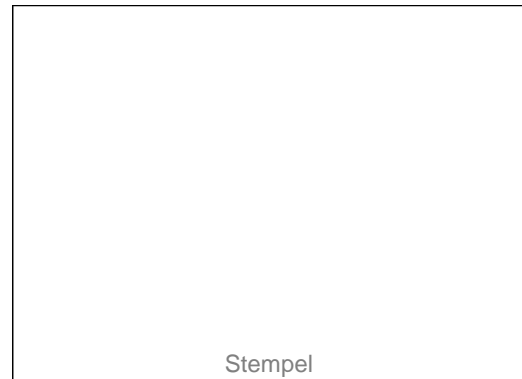


Erweiterter Landesausschuss der Ärzte,  
der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



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

### **Onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**

#### **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>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

#### **Es wird angezeigt, dass folgende ambulante Leistungen nach § 116b SGB V erbracht werden:**

- Diagnostik und Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom**
- Diagnostik und Behandlung von Patienten mit **anderen gynäkologischen Tumoren**

**Hinweis:** Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Werden Leistungen für beide o.g. Erkrankungen erbracht, markieren Sie bitte entsprechend beide Auswahlmöglichkeiten.

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

Für eine schnellere Bearbeitung bitten wir Sie, uns die Anzeige in schriftlicher und digitaler Form zur Verfügung zu stellen.

#### **Teil 1 - Angaben zum interdisziplinären Team**

vom Teamleiter auszufüllen (Seiten 1 bis 14)

Angaben zu den Pflegefachkräften,

für jede Pflegefachkraft separat auszufüllen (Seite 15 und 16)

#### **Teil 2 - Mitglieder des Kernteams**

von jedem Facharzt separat auszufüllen (Seiten 17 bis 19)

#### **Teil 3 - Hinzuzuziehende Fachärzte**

von jedem Facharzt separat auszufüllen (Seiten 20 bis 21)

#### **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

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

9. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet, ggf. Schwerpunkt und/oder Zusatz-Weiterbildung

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 folgenden Seiten bitte in ausreichender Anzahl.

**Anästhesiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Humangenetik**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie** (nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom)

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Gastroenterologie** (nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom)

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Kardiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Innere Medizin und Nephrologie** (nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten mit Mamma-  
karzinom)

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Laboratoriumsmedizin**

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

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Radiologie**

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Urologie** (nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom)

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

**Viszeralchirurgie** (nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom)

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

### Physiotherapie

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

### Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

**Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung** (nicht erforderlich bei der Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom)

- b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von folgenden Ärzten 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.

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Die 24-Std.-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

- 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 15 und ggf. Seite 16 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 Fachdisziplinen, 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 Tumorthherapie 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, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zur zytologischen Blut- und Knochenmarksuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen zur Verfügung steht.

**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 bereit gehalten werden.

Ja       Nein

- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

**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

- q) bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse folgende Voraussetzungen erfüllt sind  
**(gilt nur für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom):**

- die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen,
- der Patient 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 des Patienten ist ausgeschlossen.

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

### **Dokumentationssystem**

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 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 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 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 für die Behandlung von Patienten mit **Mammakarzinom** mindestens **250** Patienten der unter "1.1 Mammakarzinom" genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

**Bitte fügen Sie Einzelaufstellungen der vom Kernteam im Vorjahr behandelten Patienten mit**

Anzahl der behandelten Patienten mit Mammakarzinom:

Für die Behandlung von Patienten mit **gynäkologischen Tumoren** muss ein Kernteam mindestens **60** Patienten der in Nummer "1.2 sonstige gynäkologische Tumoren" genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Anzahl der behandelten Patienten mit gynäkologischen Tumoren:

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

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 weist die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien (\*1) pro Quartal und Arzt nach, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden (\*2), davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (\*3).

Angaben zum Facharzt (Titel, Vorname, Name)

Anzahl zu

(\*1)

(\*2)

(\*3)

oder

- mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams weist die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien (\*4) pro Quartal und Arzt nach, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden (\*5), davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung (\*6).

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

Anzahl zu

(\*4)

(\*5)

(\*6)

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 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 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

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**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**staatlich anerkannte Zusatzqualifikation als**

(voraussichtlich) **abgeschlossen am**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Angemeldet zu der staatlich anerkannten Zusatzqualifikation, Beginn am**

**tätig in der Hämatologie/Onkologie seit**

**Fortbildungen**

Datum	Titel/Thema der Fortbildung	Anzahl der Stunden
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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.

### 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 / des MVZ / der BAG / der Praxis

Anschrift Praxis / Krankenhaus / MVZ / BAG

PLZ

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 a) der ASV-Richtlinie "Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren" 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"/> Computertomographie	<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"/> Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie der Mamma	<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"/> Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MR Angiographie	<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"/> Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brustdrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zervix-zytologischen 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.**

\_\_\_\_\_  
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 Fach-  
gebietsbezeichnung 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>.  
Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

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

**Hinweis:** Die folgenden Seiten 14 bis 15 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 / des MVZ / der BAG / der Praxis

Anschrift Praxis / Krankenhaus / MVZ / BAG

PLZ

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, Herrn/Frau \_\_\_\_\_,  
das Anzeigeverfahren beim erweiterten Landesausschuss durchzuführen.

\_\_\_\_\_  
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.

## Fachliche Befähigung des hinzuzuziehenden Arztes

**Hinweis:** Nach Anlage 1.1 a) der ASV-Richtlinie "Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren" 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 beigelegt	KV- Genehmigung bereits erteilt	Nachweise sind in Kopie beigelegt
<input type="checkbox"/> Computertomographie	<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"/> Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie der Mamma	<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"/> Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MR Angiographie	<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"/> Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brustdrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zervix-zytologischen 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

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>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.