

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

Arzt-/Krankenhausstempel

## Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der im Rahmen Laboratoriumsmedizin aus dem Abschnitt 32.3 EBM der ASV - Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

**Hinweise:**

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.

Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

**Die Anzeige erfolgt für:**

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

- ja       nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- spezielle laboratoriumsmedizinische Untersuchungen aus den Abschnitten 32.3.1, 32.3.2, 32.3.4, 32.3.5, 32.3.6, 32.3.7, 32.3.9, 32.3.10, 32.3.11 und 32.3.12 EBM

## Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

## Qualifikationsnachweise

→ Facharzturkunde

→ Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung zu den angezeigten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit folgenden Inhalten:

- a. Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt,
- b. Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung
- c. Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung.

**Alternativ:** Gültige Akkreditierungsurkunde nach DIN EN ISO 15189 bzw. Aufzeichnungen über das bestehende interne Qualitätsmanagement für die angezeigten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

## Verpflichtungserklärung

- Der Anzeiger verpflichtet sich, für die Leistungserbringung die Anforderungen der Richtlinien Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) zu erfüllen. D.h. insbesondere:
  1. es wird ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem vorgehalten,
  2. die angebotenen Verfahren und Analysen unterliegen einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung,
  3. die angebotenen Leistungen werden von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchgeführt  
und
  4. eine externe Qualitätssicherung erfolgt durch regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen.
- Ich verpflichte mich, die Anforderungen gemäß § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor zu erfüllen.

## Einverständniserklärungen

- Der Anzeiger erklärt sich damit einverstanden, dass die die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die interne und externe Qualitätssicherung gemäß § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
  
- Zudem erklärt sich der Anzeiger damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor entsprechen.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor).

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Teammitglied