



(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 – 419
Fax (030) 31003 – 659

Stempel des Anzeigestellers

**Anzeige
zur Teilnahme an der
ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Absatz 2 SGB V**

Kopf- oder Halstumoren

*(§ 116b SGB V i.V.m. § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen –
Tumorgruppe 6 ASV-RL)*

Angaben zum Anzeigesteller:

Krankenhaus* Vertragsarzt Medizinisches Versorgungszentrum/
Einrichtung nach § 402 Absatz 2 SGB V

Anzeigesteller:
(Vorname, Name)

Name der Einrichtung:

Straße/Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

*Das o.g. Krankenhaus nahm bereits an der Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom
01.04.2007 bis 31.12.2011 zu dieser Erkrankung teil.

Ja

Nein

*Im folgenden Text wird auf die getrennte Ansprache der unterschiedlichen Geschlechter verzichtet.
Alle Geschlechter sind in gleichem Maße angesprochen.*



(Stand: 20.08.2021)

1. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und - soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist - eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus (§ 3 Absatz 1 Satz 1 ASV-RL). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen (§ 3 Absatz 1 Satz 2 ASV-RL).

Voraussetzung zur Teilnahme an der ASV von Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren der ASV-RL ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung (ASV-Kooperation) mit dem jeweils anderen Versorgungssektor (§ 10 Absatz 1 Sätze 1 und 2 ASV-RL). Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden (§ 10 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL).



Dem erweiterten Landesausschuss (eLA) Berlin wird die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation – soweit sie zustande gekommen ist – mit einem seine Teilnahme als ASV-Kooperationspartner anzeigenden Leistungserbringer vorgelegt.*

Ja

Nein

Hinweis:

Die vorzulegende ASV-Kooperationsvereinbarung muss für den eLA Berlin aussagekräftige, möglichst konkrete Regelungen treffen zur Umsetzung folgender in § 10 Absatz 3 ASV-RL aufgeführten Anforderungen:

- a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und der jeweiligen Qualifikationen;
- c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation konnte nicht abgeschlossen werden, da gemäß § 116b Absatz 4 Satz 11 SGB V in 30-minütiger Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung

- kein geeigneter ASV-Kooperationspartner mit einer Facharztkompetenz aus dem Kernteam vorhanden ist.
- trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten kein zur ASV-Kooperation geeigneter Leistungserbringer gefunden werden konnte.



Dem eLA Berlin sind geeignete Nachweise – z.B. Schriftverkehr zwischen Mitgliedern des Kernteams und möglichen ASV-Kooperationspartnern – zur Glaubhaftmachung vorzulegen.

* Angaben zum ASV-Kooperationspartner können Sie auf Seite 11 dieses Formulars machen.



(Stand: 20.08.2021)

1.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patienten mit Kopf- oder Halstumoren erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam, ggf. einem oder mehreren ASV-Kooperationspartner(n) und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt (§ 3 Absatz 2 Satz 1 ASV-RL).

1.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen

- a) Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Kopf- oder Halstumoren verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Absatz 5 Satz 1 ASV-RL).

Als Nachweis ist eine Selbsterklärung für jedes Mitglied des interdisziplinären Teams über die bisher gesammelten Erfahrungen (z.B. aufgrund von bisher ausgeübten Tätigkeiten in diesem Indikationsbereich) beigefügt. Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte gibt die fachliche Leitung der Institution die Erklärung für diese Ärzte ab.

- b) Die Mitglieder des Kernteams verpflichten sich, die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubieten (§ 3 Absatz 2 Satz 4 ASV-RL). Dies gilt nicht für Leistungen nach § 3 Absatz 2 Satz 5 ASV-RL.

Als Nachweis ist eine Selbsterklärung unter Einbezug jedes Mitglieds des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) über die am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubietenden spezialfachärztlichen Leistungen beigefügt.

- c) Die Mitglieder des Kernteams und die bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte sind verpflichtet, die direkt an dem Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten erreichbar) vom Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen; maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teamleitung (§ 3 Absatz 2 Sätze 6 und 8 ASV-RL).

Als Nachweis ist eine Selbsterklärung über die Tätigkeitsorte für jedes Mitglied des interdisziplinären Teams mit der Angabe der Anschrift, der Entfernung und der Fahrtzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung beigefügt. Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte gibt der Anzeigsteller die Erklärung für diese Ärzte ab.



1.1.2 Spezielle personelle Anforderungen

Hinweise:

Eine Übersicht über die gemäß § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend geltenden Qualitätssicherungsvereinbarungen, deren fachliche, apparative, organisatorische und räumliche Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams zu erfüllen sind, finden Sie auf den Seiten 5 und 6 der Verpflichtungserklärung (Anlage 1).

Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen (§ 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL).



(Stand: 20.08.2021)

Teamleitung:

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____



Qualifikation der Teamleitung:

- I. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**
und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung, zur Schmerztherapie, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

oder

- II. Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**
und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zur Schmerztherapie sowie zur Ultraschalldiagnostik

oder

- III. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**
und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Schmerztherapie sowie zur Ultraschalldiagnostik

oder

- IV. Strahlentherapie**
und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

und bei Tumoren der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse auch

V. Viszeralchirurgie

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Koloskopien, zur Schmerztherapie sowie zur Ultraschalldiagnostik

oder

VI. Nuklearmedizin

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Schmerztherapie, zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Durchführung diagnostischer Positronenemissionstomographie und diagnostischer Positronenemissionstomographie mit Computertomographie



(Stand: 20.08.2021)



Qualifikation des Kernteams

Im Kernteam müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie,
- Strahlentherapie

und zusätzlich bei Tumoren der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Viszeralchirurgie,
- Nuklearmedizin.

Neben den Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie dürfen auch Fachärzte für

- Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“,

denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erteilt wurde, an der ASV teilnehmen. (Die Genehmigung ist vorzulegen; soweit diese Genehmigung von der KV Berlin erteilt worden ist, können Sie auf der Seite 32 des Anzeigeformulars Ihr Einverständnis zur Weiterleitung dieser Genehmigung von der KV Berlin an den eLA Berlin erklären.)

Die Facharztkompetenz, die bereits durch die Teamleitung erfüllt wird, muss nicht noch zusätzlich durch ein weiteres Mitglied des Kernteams vertreten sein.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung, zur Schmerztherapie, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zur Schmerztherapie sowie zur Ultraschalldiagnostik

FA für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zur Schmerztherapie sowie zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Schmerztherapie, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

FA für Strahlentherapie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und –therapie sowie zur Durchführung in der Kernspintomographie

FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zur Schmerztherapie sowie zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Viszeralchirurgie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Koloskopien, zur Schmerztherapie, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

FA für Nuklearmedizin

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Durchführung diagnostischer Positronenemissionstomographie und diagnostischer Positronenemissionstomographie mit Computertomographie



Sollten weitere Mitglieder zum Kernteam gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

Bei Vorlage einer ASV-Kooperationsvereinbarung:

Die Qualifikation des ASV-Kooperationspartners muss diesen dazu berechtigen, als Kernteammitglied an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilzunehmen; d. h. er muss eine kernteamfähige fachärztliche Befähigung nachweisen und die Anforderungen der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V erfüllen.

(Institution)

(Name, Vorname des Kooperationspartners) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Adresse der Institution / des Kooperationspartners)

(Facharztkompetenz)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____



Sollten weitere Personen zur ASV-Kooperation gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere ASV-Kooperationspartner“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)



Qualifikation der hinzuzuziehenden Fachärzte

Auf der dritten Ebene müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Gefäßchirurgie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik
(nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich)
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
- Radiologie

Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist eine namentliche Benennung entbehrlich.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Anästhesiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____ - _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Schmerztherapie

FA für Augenheilkunde

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____ - _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Gefäßchirurgie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur interventionellen Radiologie

FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Humangenetik

(nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf-Hals-Bereich)

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

FA für Innere Medizin und Gastroenterologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Koloskopien, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Innere Medizin und Kardiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur invasiven Kardiologie

FA für Innere Medizin und Pneumologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Laboratoriumsmedizin

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen

FA für Neurochirurgie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Neurologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

FA für Nuklearmedizin (sofern nicht im Kernteam vertreten)

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Durchführung diagnostischer Positronenemissionstomographie und diagnostischer Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Pathologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

FA für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

FA für Radiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie, zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie, zur Untersuchungen in der MR-Angiographie, zur interventionellen Radiologie sowie zur Durchführung diagnostischer Positronenemissionstomographie und diagnostischer Positronenemissionstomographie mit Computertomographie



Sollten weitere hinzuzuziehende Fachärzte zum interdisziplinären Team gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

Zusatzqualifikation Palliativmedizin

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

Folgendes Mitglied des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) hat die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ erworben:

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

Folgender hinzuzuziehender Facharzt hat die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“² erworben:

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

1.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

1.2.1 Allgemeine sächliche und organisatorische Anforderungen (§ 4 Absatz 2 Satz 2 ASV-RL)

Der Anzeigsteller versichert, dass die Zugänge und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind.

Ja

Nein

Hinweis:

Barrierefreiheit ist gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL anzustreben.²

² Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf finden Sie zum Thema Barrierefreiheit die Broschüre „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“.



(Stand: 20.08.2021)

1.2.2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen

(§ 4 Absatz 1 Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 6
Gliederungspunkt 3.2 ASV-RL)

Die Anzeigsteller versichern, durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.):

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

(Name und Anschrift)

- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

(Name und Anschrift)

- Physiotherapie

(Name und Anschrift)

- sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

(Name und Anschrift)

- Logopädie

(Name und Anschrift)



(Stand: 20.08.2021)

b) eine 24 – Stunden – Notfallversorgung – einschließlich eines Notfalllabors und der im Notfall erforderlichen bildgebenden Diagnostik – mindestens in Form einer Rufbereitschaft in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung durch einen der folgenden Fachärzte gewährleistet ist:

➤ FA für Innere Medizin Hämatologie und Onkologie
oder

➤ FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

oder

➤ FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom *alternativ*

➤ FA für Viszeralchirurgie

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

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 vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. (Ausnahmen sind in einer SOP [standard operating procedures] festzulegen. Die Teilnehmer und Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.)

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

f) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

g) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende oder an Feiertagen zur Verfügung steht.

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



(Stand: 20.08.2021)

- i) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- j) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikallösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.
- k) eine Mikrobiologie.
- l) Notfallpläne (SOP) und für Reanimationen und für sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten bereitgehalten werden.
- m) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- n) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- o) dem Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über seine Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.
- p) eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des Landes Berlin erfolgt.



(Stand: 20.08.2021)

1.3 Anforderungen an die Dokumentation

(§§ 14, 15 Satz 2 Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6
Gliederungspunkt 3.3 ASV-RL)

Die Anzeigsteller verpflichten sich,

- die Dokumentation so vorzunehmen, dass eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung möglich ist. Die Diagnoseerstellung und leitenden Therapieentscheidungen werden im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen (es gilt der Facharztstatus, § 3 Absatz 4 Satz 1 ASV-RL); diese werden jeweils entsprechend dokumentiert,
- dass die Dokumentation die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellt; dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärzte,
- dass die Befunde (einschließlich der Diagnose nach dem ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages dokumentiert werden,
- dass die Information des Patienten gemäß § 15 Satz 2 ASV-RL dokumentiert wird und
- dass die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenzen dokumentiert werden.

Die Anzeigsteller versichern außerdem, durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür 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.



(Stand: 20.08.2021)

1.4 Erfüllung der Mindestmengen (Mindestbehandlungszahlen)

(§ 11 Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6 Gliederungspunkt 3.4 ASV-RL)

1.4.1 Kernteambezogene Mindestmengen

Die Mitglieder des Kernteams und die Teamleitung versichern, dass das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) in den letzten vier Quartalen vor der ASV-Anzeige mindestens **70 Patienten** der unter dem Gliederungspunkt 1 der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1 ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.

Ja

Nein



Der Nachweis der Mindestmengen ist durch geeignete Bescheinigungen oder durch Patientenverzeichnisse unter Angabe von Patientenpseudonymen, des Alters des Patienten (mindestens 18 Jahre), des Behandlungszeitraums und der Diagnose zu belegen und vom Nachweisenden zu unterzeichnen. Die als Anlage 4 a zu diesem Anzeigeformular beigefügte Tabelle kann zur Nachweisführung genutzt werden.

1.4.2 Mindestmenge des onkologisch besonders qualifizierten Facharztes

Die Mitglieder des Kernteams und die Teamleitung versichern,

- dass mindestens ein **Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** durchschnittlich
 - **120 Patienten** mit soliden oder hämatologischen Neoplasien,
 - **darunter 70 Patienten**, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden,
 - **davon 30 Patienten** mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung

pro Quartal und Facharzt betreut,

oder

- dass mindestens ein **Facharzt einer anderen Fachgruppe des Kernteams (einschließlich der Teamleitung)** durchschnittlich
 - **80 Patienten** mit soliden Neoplasien,
 - **darunter 60 Patienten**, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden,
 - **davon 20 Patienten** mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung

pro Quartal und Facharzt betreut.



Der Nachweis der facharztbezogenen Mindestmengen ist durch geeignete Bescheinigungen oder durch Patientenverzeichnisse unter Angabe von Patientenpseudonymen, des Alters des Patienten (mindestens 18 Jahre), der Diagnosen und der angewandten Therapieformen zu belegen und vom Nachweisenden zu



unterzeichnen. Die als Anlage 4 b zu diesem Anzeigeformular beigefügte Tabelle kann zur Nachweisführung genutzt werden.

Hinweis zur Berechnung der Mindestmengen:

Für die Berechnung der durch das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) zu erbringenden Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu den vorstehend genannten Indikationsgruppen zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Für die Berechnung der quartalsweise zu erbringenden 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.

Hinweise zur Unterschreitung der Mindestmengen:

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss Berlin 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.



(Stand: 20.08.2021)

2. Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (§ 12 ASV-RL)

Die Anzeigsteller versichern, dass ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QMS) nach § 135a SGB V i.V.m. § 136 SGB V besteht.



Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.



3. Hinweise auf weitere Pflichten

Gemäß § 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V ist der eLA Berlin berechtigt, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass und 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 ASV weiterhin erfüllt werden.

Es besteht für folgende Tatbestände eine Anzeigepflicht:

- bezüglich des Wegfalls einzelner Voraussetzungen für seine ASV-Berechtigung gemäß § 116b SGB V, und zwar **unverzüglich**,
- bezüglich der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V, und zwar **unverzüglich**,
- bezüglich des Ausscheidens eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams, und zwar **innerhalb von sieben Werktagen**.

Gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 ASV-RL sind die ASV-Berechtigten verpflichtet, dem eLA Berlin die Vertretung einzelner ASV-Teammitglieder, sollte diese länger als eine Woche dauern, zu melden.

Abschließend wird noch auf folgende Pflichten hingewiesen:

- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans (**§ 5 Absatz 3 ASV-RL**)
- Studienteilnahme (**§ 6 ASV-RL**)
- kontinuierliche Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen (**§ 7 ASV-RL**)
- Patienteninformation (**§ 15 ASV-RL**)



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von Unterlagen
von der KV Berlin an den eLA
Berlin

ja nein

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Anzeigestellers

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Innere Medizin und
Hämatologie und Onkologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Hals-Kiefer-Gesichtschirurgie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Strahlentherapie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Viszeralchirurgie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Nuklearmedizin



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von Unterlagen
von der KV Berlin an den eLA
Berlin

ja nein

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	---	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	---	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Innere Medizin mit Zusatz-Weiter- bildung Medikamentöse Tumorthapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	---	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	---	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	---	--------------------------	--------------------------



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von Unterlagen
von der KV Berlin an den eLA
Berlin

			ja	nein
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Nuklearmedizin		
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Anästhesiologie ³		
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Augenheilkunde ³		
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Gefäßchirurgie ³		
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten ³		
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Humangenetik ³		
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Gastroenterologie ³		

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigester die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von Unterlagen
von der KV Berlin an den eLA
Berlin

ja nein

<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Kardiologie ³		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Pneumologie ³		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Laboratoriumsmedizin ³		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden Neurochirurgie ³		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden Neurologie ³		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Nephrologie ³		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Nuklearmedizin ³		

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigester die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von Unterlagen
von der KV Berlin an den eLA
Berlin

ja nein

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Pathologie ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychiatrie und Psychotherapie ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	---	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Radiologie ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Beigefügte Anlagen zur Anzeige:

- Anlage 1: Verpflichtungserklärungen (insbesondere Tabelle „Qualitätssicherungsvereinbarungen) für jeden namentlich benannten Facharzt sowie für jede institutionelle Benennung
- Anlage 2: Empfangsvollmacht
- Anlage 3: Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die ASV-Servicestelle
- Anlage 4a/4b: tabellarische Dokumentation der erforderlichen Mindestmengen
- Anlage 5: Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams, weitere hinzuzuziehende Fachärzte, weitere Kooperationspartner

Außerdem sind beizufügen:

Selbsterklärungen zur indikationsspezifischen Erfahrung für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen des fachlichen Leiters zur indikationsspezifischen Erfahrung der in dieser Institution angestellten Fachärzte

Selbsterklärungen zum Tätigkeitsort für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen der Anzeigsteller zum Tätigkeitsort der jeweiligen Institution

Selbsterklärungen aller Kernteammitglieder (inkl. der Teamleitung) zur Erbringung der spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung

Kopien der Approbationsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

Kopien der Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

- **Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf den Seiten 31 - 35 des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.**
- **Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.**



Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Der erweiterte Landesausschuss Berlin hat die Aufgabe, die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu prüfen und festzustellen. Hierzu ist es erforderlich, dass der teilnahmewillige Leistungserbringer die insoweit maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllt und dies gegenüber dem erweiterten Landesausschuss unter Beifügung entsprechender Belege anzeigt, vgl. § 116b Abs. 2 und 3 SGB V.

1. Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierbare natürliche Person beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, einer Kundennummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten hält sich der eLA Berlin an die gesetzlichen Bestimmungen der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an der ASV werden personenbezogene Daten deshalb nur insoweit erhoben, verarbeitet und genutzt, wie dies gesetzlich erlaubt ist. Dies gilt auch für die Weitergabe der personenbezogenen Daten.

Um diese gesetzlich vorgegebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet der erweiterte Landesausschuss Berlin die dafür erforderlichen Daten. Hierzu zählen Daten zur Person, z.B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum sowie Daten zur Qualifikation von Ärzten.

Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund Ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht (siehe § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V) erhoben.

2. Datenübermittlungen

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an:

- die Vertreter der Patientinnen und Patienten im Sinne des § 140f SGB V
- die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin in seiner Funktion als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Sinne des § 116b Absatz 3 i. V. m. § 90 Absatz 4 Satz 2 SGB V

3. Datenspeicherung

Die Daten werden für die Dauer der Teilnahme in dem angezeigten ASV-Team gespeichert und nach bestandskräftiger Beendigung der ASV-Teilnahme gelöscht.

4. Ihre Rechte

- Recht auf **Auskunft** über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO)
- Recht auf **Berichtigung** unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO)
- Recht auf **Löschung** (Art. 17 EU-DSGVO)
- Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung** (Art. 18 EU-DSGVO)



(Stand: 20.08.2021)

- **Widerspruchsrecht** (Art. 21 EU-DSGVO)
- Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 EU-DSGVO)

5. Verantwortlicher und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Verantwortlicher:

Erweiterter Landesausschuss Berlin
c/o Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: (030) 31003-418
(030) 31003-419

E-Mail: E-LA-Berlin@kvberlin.de

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Berlin oder den Datenschutzbeauftragten zu wenden. Den Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

E-Mail: datenschutz-ela@kvberlin.de

6. Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für den erweiterten Landesausschuss Berlin zuständigen Datenschutzaufsicht lautet:

Der Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Friedrichstraße 219
10969 Berlin
Tel.: 030 / 13889 – 0
Fax: 030 / 2155050
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de



(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss Berlin
- Geschäftsstelle –
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon: (030) 31003 – 418/419

Fax: (030) 31003 – 659

Stempel des Anzeigestellers

Verpflichtungserklärung

**zur Teilnahmeanzeige an der
ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Absatz 2 SGB V
für die Indikation**

Kopf- und Halstumoren

I. **Als Anzeigesteller**

(Name, Vorname / ggf. Institution)

(Adresse der Institution / Praxis)

ist mir bekannt,

⇒ dass die Erbringung und Abrechnung qualitätsgesicherter Leistungen im Rahmen der ASV-Berechtigung die Erfüllung der fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der im Anzeigeformular zu den verschiedenen Fachdisziplinen genannten Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSVen) voraussetzt und

⇒ dass der eLA Berlin berechtigt ist, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens 5 Jahren seit ASV-Berechtigung oder der letzten späteren Prüfung zu überprüfen (§ 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V).

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner im Zusammenhang mit der Anzeige zur Teilnahme an der ASV gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Der eLA Berlin weist darauf hin, dass bei unrichtigen sowie unvollständigen Angaben in der Anzeige zur Teilnahme an der ASV die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV wieder aufgehoben werden kann.

Der eLA Berlin weist ferner darauf hin, dass die Krankenkassen im Fall von unrichtigen sowie von unvollständigen Angaben die Rückforderung der Vergütung für die unberechtigt erbrachten und abgerechneten Leistungen vom ASV-Berechtigten geltend machen könnten.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift



(Stand: 20.08.2021)

- II. **Als Teamleitung**
- Als Mitglied des Kernteams**
- Als hinzuzuziehender Facharzt bzw. Psychotherapeut**

(Name, Vorname)

(genaue Bezeichnung der Praxis / des Krankenhauses / des MVZ)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

(BSNR/IK)

(LANR¹)

1. versichere ich, dass ich mit der Facharztspezialisierung, mit der ich an der ASV teilnehme, als Facharzt stationär für ein Krankenhaus oder vertragsärztlich in der fachärztlichen Versorgung tätig bin,
2. verpflichte ich mich, die im Rahmen der ASV erforderlichen fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität - entsprechend den Bestimmungen der einschlägigen QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V - an dem o.g. Tätigkeitsort zu erfüllen.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

III. **Bei institutioneller Benennung hinzuzuziehender Fachärzte**

(Name der Institution / Praxis)

(Adresse der Institution / Praxis)

(BSNR/IK)

1. versichere ich als Anzeigsteller, dass die in der vorgenannten Institution angestellten Ärzte mit der Facharztspezialisierung, mit der sie an der ASV teilnehmen, als Fachärzte stationär in einem Krankenhaus oder vertragsärztlich in der fachärztlichen Versorgung tätig sind,
2. versichere ich als Anzeigsteller, dass die im Rahmen der ASV erforderlichen fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität - entsprechend den Bestimmungen der einschlägigen QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V - in der vorgenannten Institution erfüllt werden,
3. versichere ich als Anzeigsteller, dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte (§ 14 ASV-RL) jeweils dokumentiert wird, welche Leistung - unter namentlicher Nennung des Facharztes - im Rahmen der ASV-Behandlung ausgeführt worden ist.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift



(Stand: 20.08.2021)

In der nachfolgenden Übersicht sind die QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V, deren fachliche, sächliche und apparative Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams entsprechend zu erfüllen sind, mit entsprechenden Ankreuzfeldern hinterlegt. Bitte kreuzen Sie an, welches Mitglied die Anforderungen entsprechend den QSVen erfüllt und auf Anforderung nachweisen kann. Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.*

lfd. Nr.	Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Innere Medizin u. Hämatologie u. Onkologie / Innere Medizin m. ZWB medikamentöse Tumorthapie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie (nur bei Tumoren der Schilddrüse u. Nebenschilddrüse)	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Nuklearmedizin (nur bei Tumoren der Schilddrüse u. Nebenschilddrüse)	Strahlentherapie	Viszeralchirurgie (nur bei Tumoren der Schilddrüse u. Nebenschilddrüse)	Anästhesiologie	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Gefäßchirurgie
1.	Durchführung von Langzeit-EKG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2.	Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.	Durchführung von Koloskopien							<input type="checkbox"/>				
4.	Laboratoriumsuntersuchungen											
5.	Hörgeräteversorgung	<input type="checkbox"/>										
6.	Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Strahlendiagnostik und -therapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
8.	Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie						<input type="checkbox"/>					
9.	MR-Angiographie											
10.	Invasive Kardiologie											
11.	Interventionellen Radiologie											<input type="checkbox"/>
12.	PET, PET/CT					<input type="checkbox"/>						

* Die entsprechenden QSVen sind in ihren jeweils gültigen Fassungen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php einsehbar.



(Stand: 20.08.2021)

In der nachfolgenden Übersicht sind die QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V, deren fachliche, sächliche und apparative Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams entsprechend zu erfüllen sind, mit entsprechenden Ankreuzfeldern hinterlegt. Bitte kreuzen Sie an, welches Mitglied die Anforderungen entsprechend den QSVen erfüllt und auf Anforderung nachweisen kann. Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.*

lfd. Nr.	Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur	Humangenetik	Innere Medizin u. Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin (hinzuzuz. Fachärzte)	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und	Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Radiologie
1.	Durchführung von Langzeit-EKG			<input type="checkbox"/>										
2.	Schmerztherapie													
3.	Koloskopie		<input type="checkbox"/>											
4.	Laboratoriumsuntersuchungen					<input type="checkbox"/>								
5.	Hörgeräteversorgung													
6.	Ultraschalldiagnostik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
7.	Strahlendiagnostik und -therapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
8.	Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie													<input type="checkbox"/>
9.	MR-Angiographie													<input type="checkbox"/>
10.	Invasive Kardiologie			<input type="checkbox"/>										
11.	Interventionellen Radiologie													<input type="checkbox"/>
12.	PET, PET/CT								<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

* Die entsprechenden QSVen sind in ihren jeweils gültigen Fassungen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php einsehbar.



Erweiterter Landesausschuss Berlin
- Geschäftsstelle -
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon: (030) 31003 – 418/419
Fax: (030) 31003 – 659

Empfangsvollmacht¹

Der Anzeigsteller/Leistungserbringer

(Name des Anzeigestellers/Leistungserbringers)

bevollmächtigt Frau / Herrn

(Name, Vorname des gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten)

(Adresse des Empfangsbevollmächtigten [z.B. der Institution / Praxis])

(FAX-Nummer und E-Mail-Adresse des Empfangsbevollmächtigten)

zur Empfangnahme der vom erweiterten Landesausschuss (eLA) Berlin erlassenen Verwaltungsakte sowie sonstiger Mitteilungen oder Aufforderungsschreiben.

Der o. g. Anzeigsteller/Leistungserbringer ist damit einverstanden, dass eine Weiterleitung der aufgeführten Unterlagen durch den gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten erfolgt.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockbuchstaben

Unterschrift Anzeigsteller / Leistungserbringer

¹Mithilfe der Empfangsvollmacht bestimmen die Anzeigsteller/Leistungserbringer eines ASV-Teams einen gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten, welcher zur Entgegennahme und Weiterleitung des Schriftverkehrs zwischen dem eLA Berlin und den Leistungserbringern bevollmächtigt wird. Das Formular zur Empfangsvollmacht ist dazu von jedem Anzeigsteller/Leistungserbringer des ASV-Teams gesondert zu unterzeichnen und den Anzeigeunterlagen beizufügen.



Erweiterter Landesausschuss Berlin
- Geschäftsstelle -
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon: (030) 31003 – 418/419
Fax: (030) 31003 – 659

Stempel des Anzeigestellers

Einverständniserklärung

**zur Weitergabe von Informationen an die ASV-Servicestelle
zur Teilnahmeberechtigung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Absatz 2 SGB V für die Indikation
Kopf- und Halstumoren**

Als Anzeigesteller

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Adresse der Institution)

(BSNR/IK)

(LANR¹)

gebe ich stellvertretend für das gesamte interdisziplinäre Team folgende Erklärung ab:

Wir sind damit einverstanden, dass der eLA Berlin die erforderlichen Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergibt (§ 5 Absätze 5 und 6 ASV-AV).

Ort, Datum

Unterschrift des Anzeigestellers

¹Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat.
Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							

Anlage 4 a - eLA Berlin

Nachweis der kernteambezogenen Mindestmengen - Kopf- oder Halstumoren

(Stand: 20.08.2021)

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							

Anlage 4 a - eLA Berlin

Nachweis der kernteambezogenen Mindestmengen - Kopf- oder Halstumoren

(Stand: 20.08.2021)

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							
97							
98							
99							
100							
101							

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
102							
103							
104							
104							
105							
106							
107							
108							
109							
110							
111							
112							
113							
114							
115							
116							
117							
118							
119							
120							
121							
122							
123							
124							
125							

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
126							
127							
128							
129							
130							
131							
132							
133							
134							
135							
136							
137							
138							
139							
140							
141							
142							
143							
144							
145							
146							
147							
148							
149							
150							

Anlage 4 a - eLA Berlin

Nachweis der kernteambezogenen Mindestmengen - Kopf- oder Halstumoren

(Stand: 20.08.2021)

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
151							
152							
153							
154							
155							
156							
157							
158							
159							
160							
161							
162							
163							
164							
165							
166							
167							
168							
169							
170							
171							
172							
173							
174							
175							
176							

Anlage 4 a - eLA Berlin

Nachweis der kernteambezogenen Mindestmengen - Kopf- oder Halstumoren

(Stand: 20.08.2021)

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
177							
178							
179							
180							
181							
182							
183							
184							
185							
186							
187							
188							
189							
190							
191							
192							
193							
194							
195							
196							
197							
198							
199							
200							
201							
202							

Anlage 4 a - eLA Berlin

Nachweis der kernteambezogenen Mindestmengen - Kopf- oder Halstumoren

(Stand: 20.08.2021)

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
203							
204							
205							
206							
207							
208							
209							
210							
211							
212							
213							
214							
215							
216							
217							
218							
219							
220							
221							
222							
223							
224							
225							
226							
227							
228							

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
229							
230							
Gesamtzahl der behandelten Patienten, Σ							

Nr.	1	Patientenpseudonym	2				3			4	5	6			7	8	9	10	11
	Behandlung erfolgte durch (Name)		Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung)				Bei Behandlung durch FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie bitte Zutreffendes ankreuzen.			Bei Behandlung durch FA einer anderen Arztgruppe des Kernteams bitte Zutreffendes ankreuzen.									
			Die Mindestmengen müssen für jedes Quartal erbracht werden. Sie dürfen höchstens um 50 Prozent pro Quartal unterschritten werden.				Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien	davon mit medikamentöser Tumorthherapie	darunter mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung	Patienten mit soliden Neoplasien	davon Patienten mit antineoplastischer Therapie	darunter mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung							
Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr															
Gesamtzahl der behandelten Patienten, Σ								0	0	0	0	0							



Anlage 5 – Ergänzungstabelle für weitere ASV-Kooperationspartner

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

Facharztqualifikation des Kooperationspartner	Titel, Vorname, Name Anschrift der Institution (Praxis- /Krankenhausanschrift)	LANR/BSNR des Vertragsarztes Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK)	Unterschrift des Kooperationspartners	Kooperationsvereinbarung ist beigefügt
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

*Im folgenden Text wird auf die getrennte Ansprache der unterschiedlichen Geschlechter verzichtet.
Alle Geschlechter sind in gleichem Maße angesprochen.*



Anlage 5 – Ergänzungstabelle für weitere Kernteammitglieder

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt und/ oder Zusatz-Weiterbildung	Titel, Vorname, Name genaue Angabe des Leistungserbringers Tätigkeitsort	BSNR / IK und LANR (falls vorhanden)	Unterschrift des Arztes Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller Pflichten und Anforderungen der ASV-RL.	Nachweise sind beigefügt	Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Im folgenden Text wird auf die getrennte Ansprache der unterschiedlichen Geschlechter verzichtet.
Alle Geschlechter sind in gleichem Maße angesprochen.*



Anlage 5 – Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt und / oder Zusatz-Weiterbildung	Titel, Vorname, Name genaue Angabe des Leistungserbringers Tätigkeitsort oder Institution Anschrift der Institution (Praxis- /Krankenhausanschrift)	BSNR /IK und LANR (falls vorhanden)	Unterschrift des Arztes / des Anzeigestellers Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller Pflichten und Anforderungen der ASV-RL.	Nachweise sind beigefügt	Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Im folgenden Text wird auf die getrennte Ansprache der unterschiedlichen Geschlechter verzichtet.
Alle Geschlechter sind in gleichem Maße angesprochen.*