

Formular für den erweiterten Landesausschuss in Schleswig-Holstein



Erweiterter Landesausschuss Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6 | 23795 Bad Segeberg | Postfach | 23782 Bad Segeberg

Anzeige

Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses - Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Hinweis:

Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen nach der ASV-Richtlinie die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzeigen.

1. Angaben zu den Anzeigenden

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax erfolgt durch ein Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

- Krankenhaus
- Vertragsarzt
- Ermächtigte/r
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Anzeigendes Krankenhaus (pro Krankenhaus ein Vordruck)			
Genauere Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise sind in Kopie beigelegt, sofern das KH nicht im Krankenhausplan S-H aufgeführt ist
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ¹⁾
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ²⁾
freiwillige Angabe: Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Tumore der Lunge und des Thorax.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

1) Auszug aus dem Krankenhausplan.

2) zum Beispiel - aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses
 - Auszug der Aufstellung der Fallpauschalen (E1), Zusatzentgelte (E2) oder krankenhausesindividuell verhandelter Entgelte (E3) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).

Anzeigende Vertragsärzte (pro Vertragsarzt ein Vordruck)		
Name, Vorname, Titel:		
Praxisanschrift:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
LANR:		
Möchten Sie persönlich in diesem ASV-Team Leistungen erbringen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

ggf. angestellter Arzt als ASV-Leistungserbringer		
Name, Vorname, Titel		
Anschrift Tätigkeitsort:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
LANR:		

Anzeigendes Medizinisches Versorgungszentrum (pro MVZ ein Vordruck)	
Name und Betriebsstättenanschrift des MVZ:	
Vertretungsberechtigter:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
BSNR:	

Namen der ASV-Leistungserbringer (Name, Vorname, Titel)	Angabe der LANR der jeweiligen Ärzte

2. Personelle Anforderungen

Hinweis:

Für die Mitglieder der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatz-Weiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 1); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.

2.1. Angaben zur Teamleitung

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teamleitung	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie oder <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.2.a Angaben zum Kernteam

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	Innere Medizin und Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie (Zulassung und Genehmigung der zuständigen KV zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung bis zum 31.12.2015 erhalten)			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Strahlentherapie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.2.a Angaben zum Kernteam				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	Thoraxchirurgie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
2.2.b Zusätzliche Angaben zum Kernteam, sofern die Behandlung von Herztumoren beabsichtigt ist				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	Herzchirurgie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Innere Medizin und Kardiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten (institutionelle Benennung möglich)

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Hinzuzuziehende/r	Anästhesiologie		
Hinzuzuziehende/r	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie <p style="text-align: center;">oder</p> <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie		
Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		
Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Gastroenterologie		
Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)		

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Hinzuzuziehende/r	Laboratoriumsmedizin		
Hinzuzuziehende/r	Neurochirurgie		
Hinzuzuziehende/r	Neurologie		
Hinzuzuziehende/r	Nuklearmedizin		
Hinzuzuziehende/r	Orthopädie und Unfallchirurgie		
Hinzuzuziehende/r	Pathologie		

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Hinzuzuziehende/r	<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in oder <input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut/in		
Hinzuzuziehende/r	Radiologie		
Hinzuzuziehende/r	Viszeralchirurgie		

2.4. Interdisziplinäres Team

Ein Mitglied des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen (bitte Namen angeben): _____

Nachweis ist beigefügt
 Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet: Ja Nein

ggf. Erläuterung:

2.5. Intersektorale Kooperation

Ein Vertrag über eine intersektorale ASV-Kooperation gemäß den in § 10 Abs. 3 ASV-RL genannten Voraussetzungen wurde abgeschlossen und ist beigefügt:

- Ja Nein, weil im relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist.
oder
 trotz ersthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mind. zwei Monaten kein zur Kooperation bereiter Leistungserbringer gefunden werden konnte (bitte schriftliche Erläuterung beifügen).

3. Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 ASV-Richtlinie

Bitte ankreuzen

Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor.

Ja

Nein

4. Sächliche und organisatorische Anforderungen

a. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen

Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):

Physiotherapie (Praxis bitte benennen):

ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege, möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege (Dienste bitte benennen):

Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung (Einrichtungen bitte benennen):

b.	<p>24-Stunden-Notfallversorgung Die 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft muss durch eine bzw. einen der Ärztinnen bzw. Ärzte der folgenden Fachgruppen gewährleistet sein (die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik):</p> <ul style="list-style-type: none">- Innere Medizin und Pneumologie- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie- Thoraxchirurgie <p>bei Herztumoren alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none">- Innere Medizin und Kardiologie oder- Herzchirurgie
-----------	--

c.	<p>Die mit der Betreuung beauftragten Pflegefachkräfte sollen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.</p> <p>Wo bzw. kurze Erläuterung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------	--

d.	<p>Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages ist jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen, 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 sind zu dokumentieren.</p> <p>Wo bzw. kurze Erläuterung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------	--

e.	Der Patientin und dem Patienten ist das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	---

f.	Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgt zeitnah. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

g.	Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen steht auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

h.	Für immundefiziente Patientinnen und Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	---

i.	Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthapie benötigten Wirkstoffe. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

j.	<p>Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten wird vorgehalten.</p> <p>Wo bzw. kurze Erläuterung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------	--

k.	<p>Eine Mikrobiologie steht zur Verfügung.</p> <p>Wo bzw. kurze Erläuterung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------	---

l.	<p>Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten werden bereitgehalten.</p> <p>Wo bzw. kurze Erläuterung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------	---

m.	<p>Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.</p> <p>Wo bzw. kurze Erläuterung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------	--

n.	Stationäre Notfalloperationen sind möglich. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

o.	Den Patientinnen und Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. Patientenleitlinie der Deutschen Krebshilfe oder, wenn nicht verfügbar, „Blauer Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

p.	Es erfolgt eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____ _____
-----------	---

	Die Anforderungen der Punkte 4. a. - p. werden erfüllt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

5. Tätigkeitsort der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

(Anschrift des Tätigkeitsortes der Teamleitung in Druckbuchstaben)

Die Mitglieder des Kernteams bieten die Leistungen an folgenden Tagen (mindestens an einem Tag in der Woche) am oben angegebenen Ort an:

Fachgebiet	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzchirurgie *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin und Kardiologie *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* bei Behandlungen von Herztumoren

Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial, wobei der Ort der Leistungserbringung dennoch für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen muss.

(Angabe der Namen der Kernteammitglieder sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung bitte als Anlage beifügen - siehe Anlage 2)

Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.

(Angabe des Namens des Arztes oder der Institution und Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung bitte als Anlage beifügen - siehe Anlage 3)

6. Mindestmengen

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in der 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. Für die Berechnung der artbezogenen Mindestmengen (120/70/30 oder 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 Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.

Das Kernteam muss mindestens 70 Patientinnen und Patienten der unter Punkt 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ des Beschlusses des G-BA (Anlage 1.1 - Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorguppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax) genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen wurden durch das Kernteam behandelt: _____ Patienten.

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

Darüber hinaus erfüllt das Kernteam zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien:

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie weist die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien (*1) pro Quartal und Ärztin/Arzt nach, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden (*2), davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung (*3).

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

Name: _____

Name: _____

Anzahl zu (*1) _____ (*2) _____ (*3) _____

Anzahl zu (*4) _____ (*5) _____ (*6) _____

7. Qualitätssicherung	Bitte Ankreuzen	
<p>Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend. Es handelt es sich <u>insbesondere</u> um folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - QSV Langzeit-EKG - QSV zur Koloskopie - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Diagnostische Radiologie (Bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie) - QSV zur Rhythmusimplantat-Kontrolle - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Nuklearmedizin - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Strahlentherapie - QSV zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten - QSV Spezial-Labor - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Diagnostische Radiologie - QSV Invasive Kardiologie - QSV zur interventionellen Radiologie - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Computertomographie - CT-gestützte Bestrahlungsplanung - Kernspintomographie-Vereinbarung Bestrahlungsplanung MRT - QSV MR Angiographie - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Osteodensitometrische Untersuchung I + II - QSV PET, PET/CT - Ultraschallvereinbarung - QSV Ambulantes Operieren <p>Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

8. Bevollmächtigung	Bitte Ankreuzen	
<p>Für den gesamten Schriftwechsel wird eine Person bevollmächtigt:</p>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<p>Name des Bevollmächtigten</p>		
<p>Postanschrift des Bevollmächtigten</p>		

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 bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen,
 - bei Ausscheiden eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen,
 - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche,
 - bei Benennung eines neuen Mitgliedes innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitgliedes zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenen Facharzt besteht.
- hinsichtlich der fachlichen Befähigung die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten. Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der Gemeinsame Bundesausschuss diese durch eine QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des §135 Absatz 2 SGB V zu dieser Richtlinie ersetzt.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.
- die Dokumentation eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss. Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.
- der erweiterte Landesausschuss ist gemäß § 116b Abs. 2 Satz 9 SGB V berechtigt, 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.

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 Konkretisierung zu Tumoren der Lunge und des Thorax bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu Tumoren der Lunge und des Thorax in der jeweils gültigen Fassung sowie § 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 Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung nicht erbringen werden.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder (einschl. der hinzuzuziehenden Ärztinnen/Ärzte) die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- durch die ASV-Berechtigten sicherzustellen ist, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- ich die Datenschutzhinweise der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zur Kenntnis genommen habe (Anlage 6).
- nur den Teamleiter betreffend: ich die hinzuzuziehenden Fachärzte oder Institutionen bezüglich der Datenschutzhinweise der Kassenärztlichen Vereinigung informieren werde.

ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus

Unterschrift des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses

Ort, Datum

Name des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)

Ort, Datum

Name des Arztes (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bei Anzeige durch ein Medizinisches Versorgungszentrum

Unterschrift des Vertretungsberechtigten des MVZ

Ort, Datum

Name des Vertretungsberechtigten des MVZ (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)

Ort, Datum

Name des Arztes (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Bei Anzeige durch Vertragsärzte

Ort, Datum	Name des Vertragsarztes (bitte in Blockschrift)	Unterschrift

Einverständniserklärung

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

Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift):

Anschrift:

LANR:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert und der Anzeige beifügt.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Stempel)

Abweichender Ort der Leistungserbringung für Mitglieder des Kernteams
 (vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)

An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial werden von den Mitgliedern des Kernteams an nachfolgend genannten Orten erbracht. Der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen.

Name, Vorname, Titel (Mitglied des Kernteams)	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	abweichender Ort der Leistungserbringung	Art der Leistung	Entfernung in min

Tätigkeitsorte der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte
(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)

Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.

Name, Vorname, Titel (des Arztes) oder Name (der Institution)	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistung	Entfernung in min

Vorsorglich freiwillige Angaben zu Vertretern

Anlage 4

Gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 ASV-RL ist eine Vertretung, die länger als eine Woche andauert, dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankengesellschaft zu melden. Bitte beachten Sie, dass diese Meldung durch die Übermittlung von Anlage 4 nicht ersetzt wird.

Allerdings eröffnet Anlage 4 die Möglichkeit, vorab nachzuweisen, dass die Vertreter den nach § 3 Absatz 4 Satz 2 ASV-RL notwendigen Facharztstatus besitzen. Durch die frühzeitige Benennung wäre ferner ersichtlich, dass die Vertreter organisatorisch in das Team eingebunden sind. Teammitglieder sind sie allerdings nicht.

Hinweis:

Für die Vertreter der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatz-Weiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 5); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.

V.1. Angaben zur Vertretung der Teamleitung

Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Vertretung der Teamleitung	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie oder <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie			<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)

V.2.a Angaben zum Kernteam - Vertreter				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Vertretung Teammitglied	Innere Medizin und Pneumologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)
Vertretung Teammitglied	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie (Zulassung und Genehmigung der zuständigen KV zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung bis zum 31.12.2015 erhalten)			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)
Vertretung Teammitglied	Strahlentherapie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)

V.2.a Angaben zum Kernteam - Vertreter				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Vertretung Teammitglied	Thoraxchirurgie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)

V.2.b Zusätzliche Angaben zum Kernteam, sofern die Behandlung von Herztumoren beabsichtigt ist - Vertreter				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Vertretung Teammitglied	Herzchirurgie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)
Vertretung Teammitglied	Innere Medizin und Kardiologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)

V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten - Vertreter (institutionelle Benennung möglich)			
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Anästhesiologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	<input type="checkbox"/> Innere Medizin und Angiologie oder <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Gastroenterologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Kardiologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)		

<i>Funktion:</i>	<i>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</i>	<i>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</i>	<i>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</i>
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Laboratoriumsmedizin</i>		
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Neurochirurgie</i>		
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Neurologie</i>		
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Nuklearmedizin</i>		
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Orthopädie und Unfallchirurgie</i>		

<i>Funktion:</i>	<i>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</i>	<i>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</i>	<i>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</i>
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Pathologie</i>		
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<input type="checkbox"/> <i>Psychiatrie und Psychotherapie oder</i> <input type="checkbox"/> <i>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder</i> <input type="checkbox"/> <i>Psychologische/r Psychotherapeut/in oder</i> <input type="checkbox"/> <i>Ärztliche/r Psychotherapeut/in</i>		
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Radiologie</i>		
<i>Vertretung Hinzuzuziehende/r</i>	<i>Viszeralchirurgie</i>		

*Ein Mitglied des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung
Palliativmedizin verfügen (bitte Namen des Vertreters angeben): _____*

Unterschriften der/des Anzeigenden - ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus

Unterschrift des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses

Ort, Datum

Name des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)

Ort, Datum

Name des Arztes (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Bei Anzeige durch ein Medizinisches Versorgungszentrum

Unterschrift des Vertretungsberechtigten des MVZ

Ort, Datum

Name des Vertretungsberechtigten des MVZ (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder (angestellte Ärzte)

Ort, Datum

Name des Arztes (bitte in Blockschrift)

Unterschrift

Bei Anzeige durch Vertragsärzte

Ort, Datum	Name des Vertragsarztes (bitte in Blockschrift)	Unterschrift

Einverständniserklärung - Vertreter der Teammitglieder

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

Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift):

Anschrift:

LANR:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert und der Anzeige beifügt.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Stempel)

Datenschutzhinweise

Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 und 14 DSGVO)

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (im Folgenden KVSH genannt) Daten verarbeitet, z.B. erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
Tel: 04551 883 0
Fax: 04551 883 209
www.kvsh.de

Gesetzlicher Vertreter:

Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung
Tel: 04551 883 0
E-Mail: vorstand@kvsh.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Datenschutzbeauftragter der KVSH
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
04551 883 474
datenschutz@kvsh.de

1. Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

1.1 Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der KVSH, wie sie sich vornehmlich aus dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (im Weiteren SGB V) ergeben. Dazu gehören gemäß § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen,
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 bis 106c SGB V) sowie
- Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 135 b SGB V).

Daneben werden personenbezogene Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der KVSH als Selbstverwaltungsorgan der Ärzte und Psychotherapeuten verarbeitet. Hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit (z. B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, sonstige Ausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten oder Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren werden personenbezogene Daten, für zusätzliche Service-Angebote verarbeitet, um insbesondere technische Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören das „Mitgliederportal“ der KVSH sowie weitere Dienste, z.B. eAbrechnung, eSammelerklärung, Terminservicestelle sowie die Arztsuche.

Ihre Daten werden zudem im Zusammenhang mit Verträgen im Bereich der besonderen Versorgung nach dem SGB V, u. a. auch mit der Variante der Einschreibung von Versicherten, verarbeitet.

1.2 Kategorien der personenbezogenen Daten:

Für die vorgenannten Zwecke werden, soweit erforderlich, die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Abrechnungs-, Leistungs- und Verordnungsdaten
- Gesundheitsdaten

Zusätzlich von Ärzten und Psychotherapeuten:

- Qualifikationsmerkmale (z.B. Facharztbezeichnung, Genehmigungen)
- Bankdaten
- Steuerdaten

1.3 Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannte Verarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. den oben genannten Vorschriften erforderlich zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO werden vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit eingeholt. Die Anforderungen an die Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

1.4 Kategorien von Empfängern:

Soweit gesetzlich vorgeschrieben, übermittelt die KVSH Ihre personenbezogenen Daten an andere öffentliche Stellen zur Erfüllung derer gesetzlichen Aufgaben. Dazu zählen u. a. die Kassenärztliche Bundesvereinigung, andere Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft, Wirtschaftlichkeitsprüfeinrichtungen, Zulassungsgremien, Ärztekammern, Approbationsbehörden, andere Sozialleistungsträger, (Sozial-)Gerichte und berechnigte Behörden, soweit zu deren Auftragserfüllung notwendig.

Sollte eine Übermittlung an einen Empfänger innerhalb einer der genannten Kategorie erfolgen, so werden Sie über den Empfänger informiert, wenn nicht eine der Ausnahmen nach § 82 Abs. 1 und Abs. 2 SGB X oder die Voraussetzung des Art. 13 Abs. 4 DSGVO vorliegt.

2. Zusätzliche Informationspflichten:

2.1 Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

Für die personenbezogenen Daten gibt es unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, die insbesondere in § 304 SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden personenbezogenen Daten gelöscht.

2.2 Rechte der betroffenen Person:

Sie können folgende Rechte ausüben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Im Falle der Geltendmachung Ihrer oben genannten Rechte werden wir Ihre Daten verarbeiten, soweit dies erforderlich ist.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner/in.

2.3 Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein

Tel: 0431 988 1200

Fax: 0431 988 1223

Internet: www.datenschutzzentrum.de

2.4 Quellen der personenbezogenen Daten:

Die bei der KVSH verarbeiteten Daten stammen insbesondere von:

- Ärzten und Psychotherapeuten
- Krankenhäusern
- Krankenkassen und Sonstigen Kostenträgern
- anderen Kassenärztlichen Vereinigungen
- Ärztekammern
- Prüf- und Zulassungsgremien
- anderen Behörden

2.5 Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der unter 1.2 genannten personenbezogenen Daten ist gesetzlich und/oder vertraglich vorgeschrieben.

Die Nichtbereitstellung hätte den Verlust des Leistungs- bzw. Vergütungsanspruchs zur Folge.

Bad Segeberg, den 25.05.2018

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

