

# 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 Mukoviszidose (zystische Fibrose)  
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses - Anlage 2 b)

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 Mukoviszidose 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 beigefügt, 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"/> <sup>1)</sup>   |
| Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> <sup>2)</sup>   |
| freiwillige Angabe:<br>Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Mukoviszidose. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |  |

<sup>1)</sup> Auszug aus dem Krankenhausplan.

<sup>2)</sup> 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<br>(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 erweiterten Landesausschusses einen aktuellen Arztregisterauszug für Sie 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<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des<br>Vertragsarztes /<br>IK des Krankenhauses | Nachweis der<br>Voraussetzungen<br>(siehe oben)  |
|--|--|--|--|--|
| a. Teamleitung   | Facharzt für Innere Medizin und<br>Pneumologie   |  |  | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage 1) |
| <b>oder</b>  |  |  |  |  |
| <b>Ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beabsichtigt?</b>   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Wenn Ja, kann auch eine Teamleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin wie folgt vorgesehen werden: |  |  |  |  |
| b. Teamleitung   | Facharzt für Kinder- und<br>Jugendmedizin mit Zusatz-<br>Weiterbildung Kinder- und<br>Jugend-Pneumologie |  |  | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage 1) |

| 2.2. Angaben zum Kernteam   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| Funktion:   | Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung   | Name, Vorname, Titel<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses | Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)  |
| Teammitglied  | Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie   |  |  | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1) |
| Teammitglied  | Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie   |  |  | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1) |
| sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen: |   |  |  |  |
| Teammitglied  | Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie*       |  |  | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1) |
| <b>oder</b>   |   |  |  |  |
| Teammitglied  | Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie* |  |  | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1) |

\*Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatz-Weiterbildungen verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

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

| Funktion:         | Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung     | Name, Vorname, Titel (des Arztes)<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR Vertragsarzt /<br>IK des Krankenhauses /<br>BSNR des MVZ |
|-------------------|---|---|---|
| Hinzuzuziehende/r | Frauenheilkunde und Geburtshilfe                      |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde                             |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Humangenetik  |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Innere Medizin und Endokrinologie<br>und Diabetologie |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Innere Medizin und Kardiologie                        |   |   |

| Funktion:         | Fachgebiet mit Schwerpunkt /<br>Zusatz-Weiterbildung   | Name, Vorname, Titel (des Arztes)<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR Vertragsarzt /<br>IK des Krankenhauses /<br>BSNR des MVZ |
|-------------------|--|---|---|
| Hinzuzuziehende/r | Laboratoriumsmedizin   |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Mikrobiologie, Virologie und<br>Infektionsepidemiologie  |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie<br>oder<br><input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin<br>und Psychotherapie<br>oder<br><input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherap.<br>oder<br><input type="checkbox"/> ärztliche/r Psychotherapeut/in |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Pathologie   |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Radiologie   |   |   |
| Hinzuzuziehende/r | Urologie   |   |   |



| sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich benannt werden |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Hinzuzuziehende/r  | Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie  |  |  |
| Hinzuzuziehende/r  | <input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie<br>oder<br><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut |  |  |

| 2.4. Interdisziplinäres Team   |   |
|--|---|
| Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ggf. Erläuterung:<br><hr/> <hr/> <hr/>   |   |

| 3. Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 ASV-Richtlinie  | Bitte ankreuzen             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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):

---

---

---

Ernährungstherapie (Einrichtungen bitte benennen):

---

---

---

**b.** Die Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbesiedelungen ist gewährleistet:

Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_

---

---

Die Anforderungen der Punkte 4. a. und b. werden erfüllt:

Ja

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                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Facharzt für 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"/> |
| Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie*<br>oder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbild. Kinder-Gastroenterologie*                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* sofern die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beabsichtigt ist. Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatz-Weiterbildungen verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

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 dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.)

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter Punkt 1 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses, Anlage 2b Mukoviszidose (zystische Fibrose) genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss muss das Kernteam mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt haben. 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.

## 7. Qualitätssicherung

Bitte Ankreuzen

Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend. Hier handelt es sich insbesondere um folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:

- Langzeit-EKG-Untersuchungen
- Molekulargenetik
- Vereinbarung zur Strahlendiagnostik/-therapie
- Ultraschall-Vereinbarung
- Koloskopie
- Kernspintomographie-Vereinbarung
- Labor-Richtlinien der KBV.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden.

Ja

Nein

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

## 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. 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 Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- die Dokumentation eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- 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 zur Mukoviszidose bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zur Mukoviszidose 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

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



## 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<br>(Mitglied des Kernteams) | Fachgebiet mit Schwerpunkt /<br>Zusatz-Weiterbildung | abweichender Ort der Leistungserbringung | Art der Leistung | Entfernung<br>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)<br>oder Name (der Institution) | Fachgebiet mit Schwerpunkt /<br>Zusatz-Weiterbildung | Ort der Leistungserbringung | Art der Leistung | Entfernung<br>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 Landeskrankenhausgesellschaft 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 erweiterten Landesausschusses einen aktuellen Arztregisterauszug für Sie anfordert (Anlage 5); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.

## V.1. Angaben zur Vertretung der Teamleitung

| <b>Funktion:</b>   | <b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>                                       | <b>Name, Vorname, Titel<br/>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b> | <b>LANR des<br/>Vertragsarztes /<br/>IK des Krankenhauses</b> | <b>Nachweis der<br/>Voraussetzungen<br/>(siehe oben)</b>                                       |
|--|--|--|---|--|
| <b>a. Teamleitung</b>  | Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie  |  |   | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1) |
| <b>oder</b>  |  |  |   |  |
| <b>Ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beabsichtigt?</b>   |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn Ja, kann auch eine Teamleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin wie folgt vorgesehen werden: |  |  |   |  |
| <b>b. Teamleitung</b>  | Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie |  |   | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1) |

| <b>V.2. Angaben zum Kernteam</b>                             |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Funktion:</b>   | <b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>   | <b>Name, Vorname, Titel<br/>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b> | <b>LANR des<br/>Vertragsarztes /<br/>IK des Krankenhauses</b> | <b>Nachweis der<br/>Voraussetzungen<br/>(siehe oben)</b>   |
| <i>Teammitglied</i>  | <i>Facharzt für Innere Medizin und<br/>Pneumologie</i>   |  |   | <input type="checkbox"/> <i>beigefügt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Anforderung<br/>bei KVSH<br/>(Anlage 1)</i> |
| <i>Teammitglied</i>  | <i>Facharzt für Innere Medizin und<br/>Gastroenterologie</i>   |  |   | <input type="checkbox"/> <i>beigefügt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Anforderung<br/>bei KVSH<br/>(Anlage 1)</i> |
| <b>sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, auch:</b> |  |  |   |  |
| <i>Teammitglied</i>  | <i>Facharzt für Kinder- und<br/>Jugendmedizin mit Zusatz-<br/>Weiterbildung Kinder- und<br/>Jugend-Pneumologie*</i>        |  |   | <input type="checkbox"/> <i>beigefügt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Anforderung<br/>bei KVSH<br/>(Anlage 1)</i> |
| <b>oder</b>  |  |  |   |  |
| <i>Teammitglied</i>  | <i>Facharzt für Kinder- und<br/>Jugendmedizin mit Zusatz-<br/>Weiterbildung Kinder- und Jugend-<br/>Gastroenterologie*</i> |  |   | <input type="checkbox"/> <i>beigefügt</i><br><input type="checkbox"/> <i>Anforderung<br/>bei KVSH<br/>(Anlage 1)</i> |

*\*Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatz-Weiterbildungen verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.*

**V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten (institutionelle Benennung möglich)**

| <b>Funktion:</b>         | <b>Fachgebiet mit Schwerpunkt /<br/>Zusatz-Weiterbildung</b>  | <b>Name, Vorname, Titel (des Arztes)<br/>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b> | <b>LANR Vertragsarzt /<br/>IK des Krankenhauses /<br/>BSNR des MVZ</b> |
|--------------------------|---|---|--|
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>                       |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</i>                              |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Humangenetik</i>   |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Innere Medizin und Endokrinologie<br/>und Diabetologie</i> |   |  |



| <i>Funktion:</i>         | <i>Fachgebiet mit Schwerpunkt /<br/>Zusatz-Weiterbildung</i>   | <i>Name, Vorname, Titel (des Arztes)<br/>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</i> | <i>LANR Vertragsarzt /<br/>IK des Krankenhauses /<br/>BSNR des MVZ</i> |
|--------------------------|--|---|--|
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Innere Medizin und Kardiologie</i>  |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Laboratoriumsmedizin</i>  |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Mikrobiologie, Virologie und<br/>Infektionsepidemiologie</i>  |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <input type="checkbox"/> <i>Psychiatrie und Psychotherapie</i><br><i>oder</i><br><input type="checkbox"/> <i>Psychosomatische Medizin<br/>und Psychotherapie</i><br><i>oder</i><br><input type="checkbox"/> <i>Psychologische/r Psychotherap.</i><br><i>oder</i><br><input type="checkbox"/> <i>ärztliche/r Psychotherapeut/in</i> |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Pathologie</i>  |   |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Radiologie</i>  |   |  |

| <i>Funktion:</i>         | <i>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</i> | <i>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</i> | <i>LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</i> |
|--------------------------|--|---|--|
| <i>Hinzuzuziehende/r</i> | <i>Urologie</i>  |   |  |

| <i>sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich benannt werden</i> |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <i>Hinzuzuziehende/r</i>  | <i>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie</i>  |  |  |
| <i>Hinzuzuziehende/r</i>  | <input type="checkbox"/> <i>Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</i><br><i>oder</i><br><input type="checkbox"/> <i>Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut</i> |  |  |

**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

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



***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](mailto:vorstand@kvsh.de)

#### **Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:**

Datenschutzbeauftragter der KVSH  
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg  
04551 883 474  
[datenschutz@kvsh.de](mailto: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](http://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

