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

Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern, Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation, gemäß der ASV-Richtlinie des GBA - Anlage 2 Buchstabe n)

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 ambulante Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation 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)			
Genaue 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.	☐ Ja	☐ Nein	☐ [1]
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen.	☐ Ja	☐ Nein	☐ [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.	☐ Ja	☐ Nein	

[1] Auszug aus dem Krankenhausplan.

[2] zum Beispiel - aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses
- Auszug der Aufstellung der Fallpauschalen (E1), Zusatzentgelte (E2) oder krankenhausindividuell 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?	☐ Ja	☐ 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 Einverständniserklärung); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.

2.1. Angaben zur Teamleitung

Der Teamleiter muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt. Ein entsprechender Nachweis ist beizufügen.

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Status*	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teamleitung	Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie			☐ KHA	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

***Legende: KHA** - Krankenhausarzt, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Angestellter Arzt im MVZ, **AV** - Angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis

2.2.a Angaben zum Kernteam					
Funktion	**Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung**	**Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift**	**LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses**	**Status***	**Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)**
Teammitglied	Haut- und Geschlechtskrankheiten			☐ KHA ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Innere Medizin und Gastroenterologie			☐ KHA ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie*[2]			☐ KHA ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

*[2] Mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt. Ein entsprechender Nachweis ist beizufügen.

2.2.b Im Rahmen der Weiterbehandlung kann zusätzlich benannt werden

Folgende Bedingungen gelten für dieses Mitglied: 1. die Leistungen müssen nicht am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten an mindestens einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erfolgen 2. Der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss nicht in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein 3. Durch eine geeignete Organisation ist sicherzustellen, dass die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit vom Kernteam gemeinsam getroffen werden.

Funktion	**Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung**	**Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift**	**LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ**	**Status***
Teammitglied	Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

Kurze Erläuterung zu 3. _____

_____

_____

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 Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ**	**Status***
Hinzuzuziehende	☐ Allgemeinchirurgie und/oder ☐ Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Anästhesiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Augenheilkunde			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

***Legende: KH** - Krankenhaus institutionell, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Angestellter Arzt im MVZ, **AV** - Angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis, **MVZ** - Medizinisches Versorgungszentrum, **KHA** - Krankenhausarzt

Funktion	**Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung**	**Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift**	**LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ**	**Status***
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Kardiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Nephrologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Pneumologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Rheumatologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Laboratoriumsmedizin			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Neurologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Nuklearmedizin			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Pathologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	☐ Psychiatrie und Psychotherapie oder ☐ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in oder ☐ Ärztliche/r Psychotherapeut/in			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Radiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Strahlentherapie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Urologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

für die Behandlung kann zusätzlich benannt werden				
Funktion	**Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung**	**Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift**	**LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ**	**Status***
Hinzuzuziehende	Transfusionsmedizin			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

2.4. Interdisziplinäres Team

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

ggf. Erläuterung:

2.5. Kooperationsvertrag

Zur Erfüllung der Anforderungen ist eine vertragliche Vereinbarung im Fachgebiet Transfusionsmedizin abgeschlossen und beigefügt wurden.

☐ Ja ☐ Nein

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):

_____

_____

_____

b.	Transfusionsmedizin Es erfolgt die Zusammenarbeit mit der Fachdisziplin Transfusionsmedizin, sofern diese nicht bereits im hinzuzuziehenden Bereich des ASV-Teams benannt wurde. Institution benennen bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____

c.	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): - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

d.	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. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____

e.	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 _____ _____ _____

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

g.	Infektiöse Patientinnen und Patienten können in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____

h.	Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____

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

j.	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. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____ _____ _____

k.	Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____

l.	Stationäre Notfalloperationen sind möglich. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____

m.	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 _____ _____ _____

n.	Es erfolgt eine Meldung der Krankheitsverläufe der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____ _____ _____

	Die Anforderungen der Punkte 4. a. - n. 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
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Innere Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haut- und Geschlechtskrankheiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Innere Medizin und Gastroenterologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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.

Bei Benennung zusätzlicher Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie gemäß 2.2.b gilt die Entfernungsregelung für diese Teammitglieder nicht.

(Angabe der Namen der Kernteammitglieder sowie der Adresse des Ortes der abweichenden Leistungserbringung bitte als Anlage beifügen - siehe Anlage 1)

Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung 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 2)

7. Qualitätssicherung

7.1. Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

Am 01.03.2024 sind erste leistungsspezifische Qualitätsanforderungen des GBA in Kraft getreten, für die folgende Anlagen ausgefüllt einzureichen sind:

- Langzeit-EKG (Anlage Langzeit-EKG)
- Strahlendiagnostik und -therapie: (Anlage Strahlendiagnostik und -therapie)
    a. Allgemeine Röntgendiagnostik
    b. Computertomographie
    c. Strahlentherapie
    d. Knochendichtemessung
    e. Nuklearmedizin
- Koloskopie (Anlage Koloskopie)

Die Teilnahmevoraussetzung gilt im Hinblick auf die jeweilige Leistung für das ASV-Team als erfüllt, wenn sie für mindestens eine Ärztin oder einen Arzt des ASV-Teams angezeigt wird. Bei institutioneller Benennung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 5 kann die Erfüllung der Anforderungen institutionell angezeigt werden.

Leistungen mit spezifischen Qualitätsanforderungen sind nur von Ärztinnen und Ärzten auszuführen, die über die jeweilige Qualifikation verfügen (§ 4a Absatz 1 Satz 5).

Anlagen ☐ sind beigefügt

7.2. Qualitätssicherungsvereinbarungen

Neben den o.g. leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gelten insbesondere folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:	Bitte ankreuzen	
- Rhythmusimplantat-Kontrolle - Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten - Spezial-Labor - Invasive Kardiologie - Interventionelle Radiologie - Kernspintomographie-Vereinbarung Bestrahlungsplanung MRT - MR Angiographie - PET, PET/CT - Ultraschallvereinbarung		
Mit der Unterschrift im Anzeigeverfahren bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden.	☐ Ja	☐ Nein

8. Ansprechpartner und Bevollmächtigung

Ansprechpartner für den Schriftverkehr	**Bitte ankreuzen**	
Hiermit bevollmächtige ich widerruflich für den Schriftwechsel einen Ansprechpartner:	☐ Ja	☐ Nein
Herr / Frau Postanschrift	E-Mail Telefonnummer	

Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams	**Bitte ankreuzen**	
Hiermit bevollmächtige ich widerruflich die unten genannte Person, die künftigen mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des ASV-Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben:	☐ Ja	☐ Nein
Herr / Frau Postanschrift	E-Mail Telefonnummer	

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 leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ersetzt. Erste leistungsspezifische Qualitätsanforderungen sind am 01.03.2024 in Kraft getreten. Jedes Teammitglied, das qualitätsgesicherte Leistungen erbringt, muss die Qualitätsanforderungen gemäß § 4a Absatz 1 Satz 5 ASV-RL erfüllen.

- 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 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 zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation 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 unter https://www.kvsh.de/datenschutz zur Kenntnis genommen habe.
- ich die unter Punkt 8 aufgeführte Vollmacht erteile.
- 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!

Unterschrift des Anzeigenden

Ort, Datum	Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführers KH / MVZ **oder** Vertragsarzt (bitte in Blockschrift)	Unterschrift

Unterschriften der Teammitglieder

Status*	Name des Arztes (bitte in Blockschrift)	Datum und Unterschrift des Arztes	bei Anstellung Unterschrift Arbeitgeber
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			
☐KHA ☐VA ☐AM ☐AV			

***Legende: KHA** - Krankenhausarzt, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Anstellung im MVZ, **AV** - Anstellung bei einem Vertragsarzt

Anlage 1

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**

Anlage 2

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 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 3*

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 eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage Einverständniserklärung); die Einwilligung zur Anforderung muss aus Datenschutzgründen durch den jeweiligen Arzt persönlich erfolgen.

V.1. *Angaben zur Vertretung der Teamleitung*

Der Teamleiter muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt. Ein entsprechender Nachweis ist beizufügen.

Funktion	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses***	***Status****	***Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)***
Vertretung Teamleitung	*Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie*			☐ *KHA*	☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*

***Legende: KHA** - Krankenhausarzt, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Angestellter Arzt im MVZ, **AV** - Angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis*

V.2.a ***Angaben zum Kernteam - Vertreter***					
Funktion	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses***	***Status****	***Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)***
Vertretung Teammitglied	*Haut- und Geschlechtskrankheiten*			☐ *KHA* ☐ *VA* ☐ *AM* ☐ *AV*	☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*
Vertretung Teammitglied	*Innere Medizin und Gastroenterologie*			☐ *KHA* ☐ *VA* ☐ *AM* ☐ *AV*	☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*
Vertretung Teammitglied	*Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie*[*2]			☐ *KHA* ☐ *VA* ☐ *AM* ☐ *AV*	☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*

*[*2] Mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt. Ein entsprechender Nachweis ist beizufügen.*

V.2.b *Im Rahmen der Weiterbehandlung kann zusätzlich benannt werden*

Folgende Bedingungen gelten für dieses Mitglied: 1. die Leistungen müssen nicht am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten an mindestens einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erfolgen 2. Der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss nicht in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein 3. Durch eine geeignete Organisation ist sicherzustellen, dass die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit vom Kernteam gemeinsam getroffen werden.

Funktion	**Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung**	***Name, Vorname, Titel** (des Arztes) **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***	**Status***
Vertreter Teammitglied	Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

Kurze Erläuterung zu 3. _____

_____

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

Funktion	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel** (des Arztes) **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***	***Status****
Vertretung Hinzuzuziehende	☐ *Allgemeinchirurgie* *und/oder* ☐ *Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*

***Legende: KH** - Krankenhaus institutionell, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Angestellter Arzt im MVZ, **AV** - Angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis, **MVZ** - Medizinisches Versorgungszentrum, **KHA** - Krankenhausarzt*

Funktion	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel** (des Arztes) **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***	***Status****
Vertretung Hinzuzuziehende	*Anästhesiologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Augenheilkunde*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Frauenheilkunde und Geburtshilfe*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Innere Medizin und Kardiologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*

Funktion	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel** (des Arztes) **Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***	***Status****
Vertretung Hinzuzuziehende	*Innere Medizin und Nephrologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Innere Medizin und Pneumologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Innere Medizin und Rheumatologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Laboratoriumsmedizin*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*

Funktion	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel** (des Arztes)* ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***	***Status****
Vertretung Hinzuzuziehende	*Neurologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Nuklearmedizin*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Pathologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	☐ *Psychiatrie und Psychotherapie* *oder* ☐ *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* *oder* ☐ *Psychologische/r Psychotherapeut/in* *oder* ☐ *Ärztliche/r Psychotherapeut/in*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*

Vertretung Hinzuzuziehende	*Radiologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Strahlentherapie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*
Vertretung Hinzuzuziehende	*Urologie*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*

für die Behandlung kann zusätzlich benannt werden				
Funktion	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel** (des Arztes)* ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***	***Status****
Vertretung Hinzuzuziehende	*Transfusionsmedizin*			☐ *KH* ☐ *AM* ☐ *VA* ☐ *AV* ☐ *MVZ* ☐ *KHA*

ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

Unterschrift des Anzeigenden

Ort, Datum	*Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführers KH / MVZ **oder** Vertragsarzt (bitte in Blockschrift)*	*Unterschrift*

Unterschriften der Teammitglieder

*Status**	*Name des Arztes (bitte in Blockschrift)*	*Datum und Unterschrift des Arztes*	*bei Anstellung Unterschrift Arbeitgeber*
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			
☐*KHA* ☐*VA* ☐*AM* ☐*AV*			

***Legende: KHA** - Krankenhausarzt, **VA** - Vertragsarzt, **AM** - Anstellung im MVZ, **AV** - Anstellung bei einem Vertragsarzt*

Anlage

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

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses meine Nachweise (Facharzturkunde, Schwerpunktbezeichnung, Zusatzweiterbildung) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein sowie die Entscheidungen der Zulassungsgremien bei den jeweiligen Geschäftsstellen bei Anzeigenstellung und Überprüfung des Fortbestehens der Anforderungen aller mich betreffenden Berechtigungen einsehen darf.

Nähere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

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

LANR:

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Stempel)