

# 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 onkologischen Erkrankungen, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren, gemäß der ASV-Richtlinie des GBA - Anlage 1.1 Buchstabe a)

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 Kopf- oder Halstumoren 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 Kopf- oder Halstumoren.	<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	Status*	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teamleitung	<input type="checkbox"/> Hals- Nasen- Ohrenheilkunde oder <input type="checkbox"/> Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie oder <input type="checkbox"/> Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie oder <input type="checkbox"/> Strahlentherapie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
<b>Bei Tumoren der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse auch:</b>					
Teamleitung	<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie oder <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

\*Legende: KH - 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	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	<input type="checkbox"/> Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie oder <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Zusatz- Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie (Zulassung und Genehmigung der zuständigen KV zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung bis zum 31.12.2015 erhalten)			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

<b>2.2.a Angaben zum Kernteam</b>					
<b>Funktion</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Status*</b>	<b>Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)</b>
Teammitglied	Strahlentherapie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

<b>2.2.b Zusätzliche Angaben zum Kernteam, sofern die Behandlung von Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse beabsichtigt ist</b>					
<b>Funktion</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Status*</b>	<b>Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)</b>
Teammitglied	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Viszeralchirurgie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Nuklearmedizin			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<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 <small>(des Arztes)</small> Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	Anästhesiologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Augenheilkunde			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Gefäßchirurgie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Haut- und Geschlechtskrankheiten			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Humangenetik <small>(nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf- Hals- Bereich)</small>			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA

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

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Gastroenterologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Kardiologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Pneumologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Laboratoriumsmedizin			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Neurochirurgie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Neurologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	Nuklearmedizin			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Pathologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	<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			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Radiologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA

## 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

<b>a.</b>	Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen
<p>Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Physiotherapie (Praxis bitte benennen):</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Logopädie (Praxis bitte benennen):</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege, möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege (Dienste bitte benennen):</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung (Einrichtungen bitte benennen):</p> <hr/> <hr/> <hr/>	

**b.** 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):

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

Bei Tumoren der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüse alternativ:

- Viszeralchirurgie

**c.** 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**d.** 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.

Wo bzw. kurze Erläuterung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>e.</b>	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 _____ _____ _____
-----------	---

<b>f.</b>	Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgt zeitnah. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

<b>g.</b>	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 _____ _____ _____
-----------	--

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

<b>i.</b>	Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	---

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

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

<b>l.</b>	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 _____ _____ _____ _____
-----------	--

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

<b>n.</b>	Stationäre Notfalloperationen sind möglich. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

<b>o.</b>	Den Patientinnen und Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, material der Krebs- Selbsthilfeorganisation) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

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

<b>Die Anforderungen der Punkte 4. a. - p. werden erfüllt:</b>	<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
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>						
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie	<input type="checkbox"/>						
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>						
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>						
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie *	<input type="checkbox"/>						
Viszeralchirurgie *	<input type="checkbox"/>						
Nuklearmedizin *	<input type="checkbox"/>						

\* bei Behandlungen von Tumoren der Schilddrüse- oder Nebenschilddrüsenkarzinom

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 6: Kopf- oder Halstumoren) 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 Tumorthherapie 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

### 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. Nuklearmedizin
- Koloskopie (Anlage Koloskopie)

Anlagen  sind beigefügt

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).

7.2 Qualitätssicherungsvereinbarung	Bitte ankreuzen	
<p>Neben den o.g. leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gelten <u>insbesondere</u> folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hörgeräteversorgung</li> <li>- zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten</li> <li>- Spezial-Labor</li> <li>- Invasive Kardiologie</li> <li>- Interventionelle Radiologie</li> <li>- Kernspintomographie-Vereinbarung Bestrahlungsplanung MRT</li> <li>- MR Angiographie</li> <li>- PET, PET/CT</li> <li>- Ultraschallvereinbarung</li> <li>- Ambulantes operieren</li> </ul> <p>Mit der Unterschrift im Anzeigeverfahren bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## 8. Ansprechpartner und Bevollmächtigung

Ansprechpartner für den Schriftverkehr	Bitte ankreuzen	
Hiermit bevollmächtige ich widerruflich für den Schriftwechsel einen Ansprechpartner:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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. 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 sein 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 Kopf- oder Halstumoren bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu Kopf- oder Halstumoren 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!

<b>Unterschrift des Anzeigenden</b>		
Ort, Datum	Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ <b>oder</b> Vertragsarzt (bitte in Blockschrift)	Unterschrift

<b>Unterschriften der Teammitglieder</b>			
Status*	Name des Arztes (bitte in Blockschrift)	Datum und Unterschrift des Arztes	bei Anstellung Unterschrift Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			

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

## 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 <small>(des Arztes)</small> oder Name <small>(der Institution)</small>	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 Landeskrankenhausesgesellschaft 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"/> Hals- Nasen- Ohrenheilkunde oder <input type="checkbox"/> Innere Medizin & Hämatologie und Onkologie oder <input type="checkbox"/> Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie oder <input type="checkbox"/> Strahlentherapie			<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)
<b>Bei Tumoren der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse auch:</b>				
Vertretung der Teamleitung	<input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie oder <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin			<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

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

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

<b>V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten - Vertreter (institutionelle Benennung möglich)</b>			
<b>Funktion:</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</b>
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Anästhesiologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Augenheilkunde		

<b>V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten - Vertreter (institutionelle Benennung möglich)</b>			
<b>Funktion:</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</b>
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Gefäßchirurgie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Haut- und Geschlechtskrankheiten		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Humangenetik <i>(nur im Zusammenhang mit medullärem Schilddrüsenkarzinom oder im Zusammenhang mit Paragangliomen im Kopf- Hals-Bereich)</i>		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Gastroenterologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Kardiologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Pneumologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Laboratoriumsmedizin		

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

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

ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

<b>Unterschrift des Anzeigenden</b>		
Ort, Datum	Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer KH / MVZ <b>oder</b> Vertragsarzt (bitte in Blockschrift)	Unterschrift

<b>Unterschriften der Teammitglieder</b>			
Status*	Name des Arztes (bitte in Blockschrift)	Datum und Unterschrift des Arztes	bei Anstellung Unterschrift Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV			

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

**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)