

# 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 Kurzdarmsyndrom,  
der ASV-Richtlinie des GBA - Anlage 2 Buchstabe m)**

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 Kurzdarmsyndrom 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 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"/> <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 Kurzdarmsyndrom | <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 Einverständniserklärung*); 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 | Status*                                                                                                                  | Nachweis der<br>Voraussetzungen<br>(siehe oben)                                                    |
|-------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teamleitung | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie           |                                                              |                                                      | <input type="checkbox"/> KH<br><input type="checkbox"/> VA<br><input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage) |

### oder ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beabsichtigt?

☐ Nein      ☐ Ja      Wenn Ja, kann auch eine Teamleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin wie folgt benannt werden:

|             |                                                                                      |  |  |                                                                                                                          |                                                                                                    |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teamleitung | Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Schwerpunkt Kinder- und<br>Jugend-Gastroenterologie |  |  | <input type="checkbox"/> KH<br><input type="checkbox"/> VA<br><input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage) |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

## 2.2. Angaben zum Kernteam

| Funktion     | Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung | Name, Vorname, Titel<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR des<br>Vertragsarztes /<br>IK des Krankenhauses | Status*                                                                                                                  | Nachweis der<br>Voraussetzungen<br>(siehe oben)                                                    |
|--------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teammitglied | Innere Medizin und<br>Gastroenterologie           |                                                              |                                                      | <input type="checkbox"/> KH<br><input type="checkbox"/> VA<br><input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage) |
| Teammitglied | Viszeralchirurgie                                 |                                                              |                                                      | <input type="checkbox"/> KH<br><input type="checkbox"/> VA<br><input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage) |

### sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, sind folgende Teammitglieder zusätzlich zu benennen

|              |                                                                                       |  |  |                                                                                                                          |                                                                                                    |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teammitglied | Kinder- und Jugendmedizin mit<br>Schwerpunkt Kinder- und<br>Jugend-Gastroenterologie* |  |  | <input type="checkbox"/> KH<br><input type="checkbox"/> VA<br><input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage) |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

### zusätzlich kann folgender Facharzt benannt werden

|              |                             |  |  |                                                                                                                          |                                                                                                    |
|--------------|-----------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teammitglied | Kinder- und Jugendchirurgie |  |  | <input type="checkbox"/> KH<br><input type="checkbox"/> VA<br><input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> beigefügt<br><input type="checkbox"/> Anforderung<br>bei KVSH<br>(Anlage) |
|--------------|-----------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

| 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 | Status*                                                                                                                                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hinzuzuziehende | Anästhesiologie                                                                                                  |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |
| Hinzuzuziehende | <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie<br>und/oder<br><input type="checkbox"/> Innere Medizin und<br>Angiologie |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |
| Hinzuzuziehende | Innere Medizin und Nephrologie                                                                                   |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |
| Hinzuzuziehende | Laboratoriumsmedizin                                                                                             |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |
| Hinzuzuziehende | Pathologie                                                                                                       |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><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 /<br>Zusatz-Weiterbildung                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Name, Vorname, Titel (des Arztes)<br>Praxisanschrift/Krankenhausanschrift | LANR Vertragsarzt /<br>IK des Krankenhauses /<br>BSNR des MVZ | Status*                                                                                                                                                                            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hinzuzuziehende | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie<br>oder<br><input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie<br>oder<br><input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in<br>oder<br><input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut/in<br>oder<br><input type="checkbox"/> Fachpsychotherapeut/in für Erwachsene |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |
| Hinzuzuziehende | Radiologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |
| Hinzuzuziehende | Urologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |

| 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 | Status*                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                               |                                                                                                                                                                                    |
| Hinzuzuziehende                                                                | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin<br>mit Schwerpunkt Kinder-<br>und Jugend-Nephrologie<br>oder<br><input type="checkbox"/> Kinder- und<br>Jugendpsychiatrie und<br>-psychotherapie<br>oder<br><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-<br>psychotherapeut/in<br>oder<br><input type="checkbox"/> Fachpsychotherapeut/in für<br>Kinder und Jugendliche |                                                                           |                                                               | <input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV<br><input type="checkbox"/> MVZ<br><input type="checkbox"/> KHA |

## 2.4. Interdisziplinäres Team

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

ggf. Erläuterung:

## 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

ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (Dienste bitte benennen):

Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (Dienste bitte benennen):

Physiotherapie (Einrichtung bitte benennen):

soziale Dienste wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):

Stomatherapie (Dienste bitte benennen):

- b.** 24-Stunden-Notfallversorgung  
Die 24-Stunden-Notfallversorgung muss mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte gewährleistet sein:
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.

- c.** Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.  
Wo bzw. kurze Erläuterung

Die Anforderungen der Punkte 4. a. - c. 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 Gastroenterologie                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Viszeralchirurgie                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinder- und Jugendchirurgie                                                    | <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 der genannten Zusatz-Weiterbildung 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 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*)

## 6. Freiwillige Angabe Vertretung der Teamleitung

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.

☐ Vertretung der Teamleitung durch folgendes Kernteammitglied: \_\_\_\_\_

☐ Es erfolgt keine Benennung einer Vertretung.

Bitte beachten Sie, dass die *Urlaubs-/ Abwesenheitsmitteilung* nicht durch die Übermittlung der Anlage ersetzt wird.

## 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:

- Strahlendiagnostik und -therapie: (Anlage Strahlendiagnostik und -therapie)
  - a. Allgemeine Röntgendiagnostik
  - b. Computertomographie
  - c. Knochendichtemessung
- Koloskopie (Anlage Koloskopie)
- Kernspintomographie (Anlage Kernspintomographie)

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 Qualitätssicherungsvereinbarungen

Bitte ankreuzen

Neben den o.g. leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gelten insbesondere folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:

- Dünndarm-Kapselendoskopie
- Interventionelle Radiologie
- MR Angiographie
- Schmerztherapie
- Spezial-Labor
- Ultraschall

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: |  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herr / Frau                                                                           |  | E-Mail                      |                               |
| Postanschrift                                                                         |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | E-Mail                      |                               |
| Postanschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 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 Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
- die Dokumentation eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss. Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit der in Nummer 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit 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 Kurzdarmsyndrom bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung von Kurzdarmsyndrom in der jeweils gültigen Fassung sowie § 5 a 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 Schleswig-Holstein informieren werde.

ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

## Unterschrift des Anzeigenden

Ort, Datum

Name des vertretungsberechtigten Geschäftsführer 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

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

☐ KH ☐ VA

☐ AM ☐ AV

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

## 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 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 |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------|
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |
|                                                                  |                                                      |                             |                  |                      |

**Einverständniserklärung**

**zur Teilnahme an 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](http://www.kvsh.de/datenschutz).

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

LANR:

Ort, Datum

Unterschrift  
(ggf. Stempel)