



**Anzeigeformular zur Nachmeldung von Ärzten**  
**für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V**

ASV-Team			
Name:			
ASV-Diagnosebereich:			
Teamnummer:			
Teamleiter: (Vorname, Name, Anschrift)			
Telefon:		E-Mail:	

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Anzeigeformular einschließlich der entsprechenden Nachweise und gegebenenfalls Kooperationsverträge an folgende Adresse zurückzusenden:

**Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Schleswig-Holstein**  
**Bismarckallee 1-6**  
**23795 Bad Segeberg**

Für Fragen steht Ihnen die Geschäftsstelle telefonisch unter 04551/883-908 zur Verfügung.

Wir weisen darauf hin, dass die ASV-Berechtigung durch den erweiterten Landesausschuss nicht durch einen Bescheid erteilt wird. Die ASV-Berechtigung tritt durch Fristablauf kraft Gesetzes ein, sofern der erweiterte Landesausschuss die Frist nicht durch eine Beanstandung unterbricht. Einen konkreten Terminwunsch für den Beginn einer ASV-Berechtigung kann der erweiterte Landesausschuss daher nicht berücksichtigen. Deswegen kann es im Einzelfall bei zu später Nachmeldung notwendig sein, eine Vertretung zu benennen. Hierfür kommt auch der nachgemeldete Arzt in Betracht.

ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

Funktion des Arztes	Status*	Fachgruppe	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift (bei hinzuzuziehenden Fachgruppen institutionelle Benennung möglich)	LANR des Vertragsarztes, IK des Krankenhauses, BSNR des MVZ	Nachweis der Voraussetzungen
<input type="checkbox"/> Teamleiter <input type="checkbox"/> Kernteammitglied <input type="checkbox"/> Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA				<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH <input type="checkbox"/> Kooperationsvertrag
<input type="checkbox"/> Teamleiter <input type="checkbox"/> Kernteammitglied <input type="checkbox"/> Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA				<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH <input type="checkbox"/> Kooperationsvertrag
<input type="checkbox"/> Teamleiter <input type="checkbox"/> Kernteammitglied <input type="checkbox"/> Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA				<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH <input type="checkbox"/> Kooperationsvertrag
<input type="checkbox"/> Teamleiter <input type="checkbox"/> Kernteammitglied <input type="checkbox"/> Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA				<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH <input type="checkbox"/> Kooperationsvertrag

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

Besteht die Bevollmächtigung eines Vertreters mitteilungsspflichtige 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:

sofern „ja“ angekreuzt wurde, muss der Name des Vertretungsberechtigten angegeben werden

\_\_\_\_\_

Ja

Nein

**Hinweis:** Erfolgt die Meldung eines Teammitgliedes, dass gemäß § 4a ASV-RL (**leistungsspezifische Qualitätsanforderungen**) eine qualitätsgesicherte Leistung nachweisen soll, muss die entsprechende Anlage zur Erfüllung der Nachmeldung beigefügt werden. 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.

Diese Verpflichtung gilt nicht für ASV-Teams, die vor dem 01.03.2024 ihre Teilnahme angezeigt haben.

## 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. Bei bestimmten Erkrankungen kann die Überweisung auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen (siehe jeweilige Anlage ASV-Richtlinie).
- 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“ genannten Indikationsgruppen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.
- der erweiterte Landesausschuss gemäß § 116b Abs. 2 Satz 9 SGB V berechtigt ist, 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 der entsprechenden Erkrankung bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung der entsprechenden Erkrankung in der jeweils gültigen Fassung sowie § 5 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL richtet.
- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung nicht erbringen werden.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- alle Teammitglieder (einschl. der hinzuzuziehenden Ärztinnen/Ärzte) die Anzeige zur Kenntnis genommen haben und die ASV regelungskonform umsetzen werden.
- durch die ASV-Berechtigten sicherzustellen ist, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- ich die Datenschutzhinweise der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zur Kenntnis genommen habe (siehe reguläres ASV-Anzeigeformular).
- 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 Geschäftsführers KH / MVZ **oder** Vertragsarzt **oder** Bevollmächtigter  
(bitte in Blockschrift)

Unterschrift

### Unterschriften der Teammitglieder

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

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

**Abweichender Ort der Leistungserbringung für Mitglieder des Kernteams**

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.

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

**Tätigkeitsorte der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte**

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 <small>(des Arztes)</small> oder Name <small>(der Institution)</small>	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistung	Entfernung in min

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

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

LANR:

Ort, Datum

Unterschrift  
(ggf. Stempel)