

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 angeborenen Skelettsystemfehlbildungen, der ASV-Richtlinie des GBA - Anlage 2 Buchstabe p)

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 angeborenen Skelettsystemfehlbildungen 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.	☐ Ja	☐ Nein	☐ ¹⁾
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen.	☐ Ja	☐ Nein	☐ ²⁾
freiwillige Angabe: Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich angeborene Skelettsystemfehlbildungen	☐ Ja	☐ 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?	☐ Ja	☐ Nein

ggf. angestellter Arzt als ASV-Leistungserbringer		
Name, Vorname, Titel		
Anschrift Tätigkeitsort:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
LANR:		

Anzeigendes Medizinisches Versorgungszentrum (pro MVZ ein Vordruck)	
Name und Betriebsstättenanschrift des MVZ:	
Vertretungsberechtigter:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
BSNR:	

Namen der ASV-Leistungserbringer (Name, Vorname, Titel)	Angabe der LANR der jeweiligen Ärzte

2. Personelle Anforderungen

Hinweis: Für die Mitglieder der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatz-Weiterbildungen) bzw., wenn vorhanden, ein aktueller Arztregistrauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses einen aktuellen Arztregistrauszug 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 Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Status*	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teamleitung	☐ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder ☐ Innere Medizin und Nephrologie oder ☐ Innere Medizin und Rheumatologie oder ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigelegt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage)

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

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:					
Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Status*	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teamleitung	☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie oder ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder ☐ Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigelegt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage)

2.2. 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	☐ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie und/oder ☐ Innere Medizin und Nephrologie und/oder ☐ Innere Medizin und Rheumatologie und/oder ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigelegt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage)

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

Teammitglied	☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie* oder ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie* oder ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie*			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigelegt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage)
--------------	--	--	--	--	--

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

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Status*	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	☐ Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Orthopädie oder ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigelegt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage)

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

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

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

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	☐ Psychiatrie und Psychotherapie oder ☐ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in oder ☐ Ärztliche/r Psychotherapeut/in oder ☐ Fachpsychotherapeut/in für Erwachsene			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
für die Behandlung von Patienten mit Ehlers-Danlos-Syndrom muss zusätzlich benannt werden				
Hinzuzuziehende	Haut- und Geschlechtskrankheiten			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
zusätzlich kann folgender Facharzt benannt werden				
Hinzuzuziehende	Phoniatrie und Pädaudiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden				
Hinzuzuziehende	☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Gastroenterologie oder ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie oder ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie oder ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder ☐ Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut/in oder ☐ Fachpsychotherapeut/in für Kinder und Jugendliche			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ 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):

Ergotherapie (Einrichtungen bitte benennen):

Kieferorthopädie (Einrichtungen bitte benennen):

Logopädie (Einrichtungen bitte benennen):

Orthopädietechnik-Mechanik (Einrichtungen bitte benennen):

Physiotherapie (Einrichtungen bitte benennen):

soziale Dienste wie zum Beispiel Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (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 Endokrinologie - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Orthopädie und Unfallchirurgie Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.
-----------	--

	Die Anforderungen der Punkte 4. a. - b. werden erfüllt: ☐ Ja ☐ Nein
--	---

5. Tätigkeitsort der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

(Anschrift des Tätigkeitsortes der Teamleitung in Druckbuchstaben)

Die Mitglieder des Kernteams bieten die Leistungen an folgenden Tagen (mindestens an einem Tag in der Woche) am oben angegebenen Ort an:

Fachgebiet	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orthopädie und Unfallchirurgie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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
Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* 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:

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

Anlagen ☐ sind beigelegt

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:

- Hörgeräteversorgung / Hörgeräteversorgung Kinder
- Invasive Kardiologie
- MR Angiographie
- PDT am Augenhintergrund
- Rhythmusimplantat-Kontrolle
- 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:	☐ Ja	☐ 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:	☐ Ja	☐ 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.
- 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 angeborene Skelettsystemfehlbildungen bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung von angeborene Skelettsystemfehlbildungen 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			

*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 (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 vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.

Name, Vorname, Titel (des Arztes) oder Name (der Institution)	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistung	Entfernung in min

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.

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

LANR:

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Stempel)