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 rheumatologischen Erkrankungen (Teil 1: Erwachsene) gemäß der ASV-Richtlinie des GBA - Anlage 1.1 Buchstabe b)

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 rheumatologischen Erkrankungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Teil 1: Erwachsene) erfolgt durch ein Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

- ☐ Krankenhaus
- ☐ Vertragsarzt
- ☐ Ermächtigte/r
- ☐ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Anzeigendes Krankenhaus (pro Krankenhaus ein Vordruck)			
Genaue Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise sind in Kopie beigefügt, sofern das KH nicht im Krankenhausplan S-H aufgeführt ist
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen.	☐ Ja	☐ Nein	☐ [1)]
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen.	☐ Ja	☐ Nein	☐ [2)]
freiwillige Angabe: Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich rheumatologische Erkrankungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.	☐ Ja	☐ Nein	

[1)] Auszug aus dem Krankenhausplan.

[2)] zum Beispiel - aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses
- Auszug der Aufstellung der Fallpauschalen (E1), Zusatzentgelte (E2) oder krankenhausindividuell verhandelter Entgelte (E3) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).

Anzeigende Vertragsärzte (pro Vertragsarzt ein Vordruck)		
Name, Vorname, Titel:		
Praxisanschrift:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
LANR:		
Möchten Sie persönlich in diesem ASV-Team Leistungen erbringen?	☐ Ja	☐ Nein

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

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

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

2. Personelle Anforderungen

Hinweis:
Für die Mitglieder der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatz-Weiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 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	Innere Medizin und Rheumatologie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

2.2. Angaben zum Kernteam

Teammitglied	Innere Medizin und Rheumatologie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

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

Funktion	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses	Status*	Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)
Teammitglied	Haut- und Geschlechtskrankheiten			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Innere Medizin und Nephrologie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Innere Medizin und Pneumologie			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie (Entfällt, wenn kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt zu finden ist.)			☐ KH ☐ VA ☐ AM ☐ AV	☐ beigefügt ☐ 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 (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift**	**LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ**	**Status***
Hinzuzuziehende	Augenheilkunde			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Humangenetik (nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber)			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Angiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Gastroenterologie			☐ 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 Hämatologie und Onkologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Kardiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Laboratoriumsmedizin			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Neurologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Nuklearmedizin			☐ 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	Pathologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	☐ Psychiatrie und Psychotherapie oder ☐ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in. oder ☐ Ärztliche/r Psychotherapeut/in			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA
Hinzuzuziehende	Radiologie			☐ KH ☐ AM ☐ VA ☐ AV ☐ MVZ ☐ KHA

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

Soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):

Physiotherapie (Praxis bitte benennen):

Ergotherapie (Praxis bitte benennen):

_____

_____

_____

Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher (bitte benennen):

_____

_____

_____

b.	24-Stunden-Notfallversorgung Die 24-Stunden-Notfallversorgung besteht mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten namentlich zu nennen. Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Einrichtung zur 24-Stunden-Notfallversorgung (bitte benennen):_____ _____
c.	Die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
d.	Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm werden zur Verfügung gestellt. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
	Die Anforderungen der Punkte 4. a. - d. werden erfüllt: ☐ **Ja** ☐ **Nein**

5. Tätigkeitsort der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

(Anschrift des Tätigkeitsortes der Teamleitung in Druckbuchstaben)

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

Fachgebiet	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Innere Medizin und Rheumatologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haut- und Geschlechtskrankheiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Innere Medizin und Nephrologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Innere Medizin und Pneumologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 dieser 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.)

Das Kernteam muss mindestens 240 Patientinnen bzw. Patienten der unter Punkt 1 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (Anlage 1.1b Rheumatologische Erkrankungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) 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.

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
    d. Nuklearmedizin
- Koloskopie (Anlage Koloskopie)

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

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

Anlagen ☐ sind beigefügt

7.2 Qualitätssicherungsvereinbarungen

	Bitte ankreuzen	
Neben den o.g. leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gelten <u>insbesondere</u> folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen: - Labor-Richtlinien der KBV - Interventionelle Radiologie - Kernspintomographie-Vereinbarung - MR Angiographie - Invasive Kardiologie - Ultraschallvereinbarung		
Mit der Unterschrift im Anzeigeverfahren bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden.	☐ Ja	☐ Nein

8. Ansprechpartner und Bevollmächtigung

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

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

Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,
  - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,
  - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen,
  - bei Ausscheiden eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen,
  - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche,
  - bei Benennung eines neuen Mitgliedes innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitgliedes zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenen Facharzt besteht.
- hinsichtlich der fachlichen Befähigung die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten. Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der Gemeinsame Bundesausschuss diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ersetzt. Erste leistungsspezifische Qualitätsanforderungen sind am 01.03.2024 in Kraft getreten. Jedes Teammitglied, das qualitätsgesicherte Leistungen erbringt, muss die Qualitätsanforderungen gemäß § 4a Absatz 1 Satz 5 ASV-RL erfüllen.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:
  Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. 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 Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus:
  1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife),
  2. Körperlicher Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung),
  3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper)
  4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden).

  Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
- die Dokumentation eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss. Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM, inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), 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 rheumatologischen Erkrankungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Teil 1: Erwachsene) bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu rheumatologischen Erkrankungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Teil 1: Erwachsene) 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 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

Anlage 1

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)

Anlage 2

Abweichender Ort der Leistungserbringung für Mitglieder des Kernteams

(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)

An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial werden von den Mitgliedern des Kernteams an nachfolgend genannten Orten erbracht. Der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegen.

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

Anlage 3

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

Vorsorglich freiwillige Angaben zu Vertretern — Anlage 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 Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. Bitte beachten Sie, dass diese Meldung durch die Übermittlung von Anlage 4 nicht ersetzt wird.

Allerdings eröffnet Anlage 4 die Möglichkeit, vorab nachzuweisen, dass die Vertreter den nach § 3 Absatz 4 Satz 2 ASV-RL notwendigen Facharztstatus besitzen. Durch die frühzeitige Benennung wäre ferner ersichtlich, dass die Vertreter organisatorisch in das Team eingebunden sind. Teammitglieder sind sie allerdings nicht.

Hinweis:
Für die Vertreter der Teamleitung und des Kernteams sind Nachweise über die notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV in Kopie beizufügen (Facharztanerkennungen, Schwerpunktbezeichnungen oder notwendige Zusatz-Weiterbildungen) bzw. wenn vorhanden ein aktueller Arztregisterauszug der KVSH; im Übrigen besteht die Möglichkeit, dass die Geschäftsstelle des eLA einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert (Anlage 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	*Innere Medizin und Rheumatologie*			☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*

V.2. ***Angaben zum Kernteam - Vertreter***				
Funktion:	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses***	***Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)***
Vertretung Teammitglied	*Innere Medizin und Rheumatologie*			☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*
Vertretung Teammitglied	*Haut- und Geschlechtskrankheiten*			☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*
Vertretung Teammitglied	*Innere Medizin und Nephrologie*			☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*
Vertretung Teammitglied	*Innere Medizin und Pneumologie*			☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*
Vertretung Teammitglied	*Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie* *(Entfällt, wenn kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt zu finden ist.)*			☐ *beigefügt* ☐ *Anforderung bei KVSH (Anlage 1)*

V.3. ***Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten - Vertreter (institutionelle Benennung möglich)***			
Funktion:	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel*** *(des Arztes)* ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Augenheilkunde*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Humangenetik* *(nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber)*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Innere Medizin und Angiologie*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Innere Medizin und Gastroenterologie*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Innere Medizin und Kardiologie*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Laboratoriumsmedizin*		

Funktion:	***Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung***	***Name, Vorname, Titel** (des Arztes)* ***Praxisanschrift/Krankenhausanschrift***	***LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ***
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Neurologie*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Nuklearmedizin*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Pathologie*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	☐ *Psychiatrie und Psychotherapie* *oder* ☐ *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* *oder* ☐ *Psychologische/r Psychotherapeut/in.* *oder* ☐ *Ärztliche/r Psychotherapeut/in*		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	*Radiologie*		

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*

Anlage 5

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)*