

# 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 chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gemäß der ASV-Richtlinie des GBA - Anlage 1.1 Buchstabe c)

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 chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erfolgt durch ein Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

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

Anzeigendes Krankenhaus (pro Krankenhaus ein Vordruck)			
Genauere Bezeichnung (Angaben bitte in Druckschrift):			
Anschrift:			
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise sind in Kopie beigelegt, sofern das KH nicht im Krankenhausplan S-H aufgeführt ist
Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1)
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei diesen Erkrankungen erbringen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 2)
freiwillige Angabe: Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i.d.F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich chronisch entzündliche Darmerkrankungen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

1) Auszug aus dem Krankenhausplan.

2) zum Beispiel - aktueller Feststellungsbescheid des Krankenhauses

- Auszug der Aufstellung der Fallpauschalen (E1), Zusatzentgelte (E2) oder 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 Gastroenterologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

### 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 vorgesehen werden:

Teamleitung	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
-------------	---	--	--	--	--

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

<b>2.2. Angaben zum Kernteam</b>					
<b>Funktion</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Status*</b>	<b>Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)</b>
Teammitglied	Innere Medizin und Gastroenterologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
Teammitglied	Viszeralchirurgie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)
<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:</b>					
Teammitglied	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie *			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AV	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

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

### 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			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Haut- und Geschlechtskrankheiten			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Innere Medizin und Rheumatologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Laboratoriumsmedizin			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA

\***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 <small>(des Arztes)</small> Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	Pathologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in oder <input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut/in			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Radiologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA
Hinzuzuziehende	Urologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA



Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende Fachärzte benannt werden:				
Funktion:	Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung	Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ	Status*
Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut/in oder <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie			<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> KHA

## 2.4. Intersektorale Kooperation

Ein Vertrag über eine intersektorale ASV-Kooperation gemäß den in § 10 Abs. 3 ASV-RL genannten Voraussetzungen wurde abgeschlossen und ist beigefügt:

- Ja       Nein, weil       im relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist.  
oder  
 trotz ersthafte Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mind. zwei Monaten kein zur Kooperation bereiter Leistungserbringer gefunden werden konnte (bitte schriftliche Erläuterung beifügen).

## 3. Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 ASV-Richtlinie

Bitte ankreuzen

Die ausreichende Erfahrung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung liegt für alle Teammitglieder vor.

Ja

Nein

## 4. Sächliche und organisatorische Anforderungen

a. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen (Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.)

ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (Dienste bitte benennen):

---

---

Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte z.B. Diätassistenten (Einrichtungen bitte benennen):

---

---

Kontinenztherapie (Einrichtungen bitte benennen):

---

---

Physikalische Therapie (Praxis bitte benennen):

---

---

Selbsthilfe (Einrichtungen bitte benennen):

---

---

Stomatherapie (Einrichtungen bitte benennen):

---

---

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

---

---

---

<b>b.</b>	<p>Eine 24-Stunden-Notfallversorgung muss mindestens in Form einer Rufbereitschaft durch eine bzw. einen der Ärztinnen bzw. Ärzte der folgenden Fachgruppen gewährleistet sein:     - Innere Medizin und Gastroenterologie,   - Viszeralchirurgie.</p> <p>Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende und endoskopische Diagnostik.</p> <p>Wo bzw. kurze Erläuterung _____</p> <hr/> <hr/> <hr/>
-----------	---

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

<b>d.</b>	Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm. Wo bzw. kurze Erläuterung _____ _____ _____
-----------	--

	<b>Die Anforderungen der Punkte 4. a. - d. werden erfüllt:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

## 5. Tätigkeitsort der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

(Anschrift des Tätigkeitsortes der Teamleitung in Druckbuchstaben)

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

Fachgebiet	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
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 Zusatz- Weiterbildung 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"/>

\*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 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 Mindestmengen 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 100 Patientinnen bzw. Patienten der unter Punkt 1 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (Anlage 1.1c Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) 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
- Koloskopie (Anlage Koloskopie)

Anlagen  sind beigefügt

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

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

7.2 Qualitätssicherungsvereinbarungen	Bitte Ankreuzen	
<p>Neben den o.g. leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gelten <u>insbesondere</u> folgende Qualitätssicherungsvereinbarungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventionelle Radiologie</li> <li>- Kernspintomographie - Vereinbarung</li> <li>- MR Angiographie</li> <li>- Spezial-Labor</li> <li>- Ultraschallvereinbarung</li> </ul> <p>Mit der Unterschrift im Anzeigeverfahren bestätige ich, dass die in den Vereinbarungen genannten Voraussetzungen vorliegen bzw. gleichwertig erfüllt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## 8. Ansprechpartner und Bevollmächtigung

Ansprechpartner für den Schriftverkehr	Bitte ankreuzen	
Hiermit bevollmächtige ich widerruflich für den Schriftwechsel einen Ansprechpartner:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herr / Frau  Postanschrift	E-Mail  Telefonnummer	

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



## Mir ist bekannt, dass

- die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,
  - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,
  - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen,
  - bei Ausscheiden eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen,
  - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche,
  - bei Benennung eines neuen Mitgliedes innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitgliedes zu erfolgen hat.
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenen Facharzt besteht.
- hinsichtlich der fachlichen Befähigung die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechend gelten. Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten solange entsprechend, bis der Gemeinsame Bundesausschuss diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ersetzt. Erste leistungsspezifische Qualitätsanforderungen sind am 01.03.2024 in Kraft getreten. Jedes Teammitglied, das qualitätsgesicherte Leistungen erbringt, muss die Qualitätsanforderungen gemäß § 4a Absatz 1 Satz 5 ASV-RL erfüllen.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. 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. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.
- die Dokumentation eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss. Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren.
- der erweiterte Landesausschuss ist gemäß § 116b Abs. 2 Satz 9 SGB V berechtigt, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

## Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind.
- der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bekannt sind.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Konkretisierung zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen 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!

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

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

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

## Einverständniserklärung

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 Arztregistrauszug anfordert und der Anzeige beifügt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(ggf. Stempel)

**Abweichender Ort der Leistungserbringung für Mitglieder des Kernteams**  
(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)

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

<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**  
(vergl. Punkt 5 des Anzeigeformulars)

Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte ist für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel max. 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung entfernt.

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

## Vorsorglich freiwillige Angaben zu Vertretern

## Anlage 4

Gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 ASV-RL ist eine Vertretung, die länger als eine Woche andauert, dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesellschaft 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 Gastroenterologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 5)
<b>oder ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beabsichtigt?</b>				
Vertretung der Teamleitung	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

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

<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich zu benennen:</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses</b>	<b>Nachweis der Voraussetzungen (siehe oben)</b>
Vertretung Teammitglied	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Gastroenterologie *			<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> Anforderung bei KVSH (Anlage 1)

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



<b>V.3. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten - Vertreter (institutionelle Benennung möglich)</b>			
<b>Funktion:</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</b>
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Augenheilkunde		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Haut- und Geschlechtskrankheiten		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Innere Medizin und Rheumatologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Laboratoriumsmedizin		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Pathologie		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Radiologie		

<b>Funktion:</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</b>
Vertretung Hinzuzuziehende/r	<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in oder <input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut/in		
Vertretung Hinzuzuziehende/r	Urologie		

<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende Fachärzte benannt werden:</b>			
<b>Funktion:</b>	<b>Fachgebiet mit Schwerpunkt / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Name, Vorname, Titel (des Arztes) Praxisanschrift/Krankenhausanschrift</b>	<b>LANR Vertragsarzt / IK des Krankenhauses / BSNR des MVZ</b>
Vertretung Hinzuzuziehende/r	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut/in oder <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie		

ggf. diese Seite bitte mehrfach ausdrucken und verwenden!

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

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

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

**Einverständniserklärung - Vertreter der Teammitglieder**

**zur Anzeige der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V**

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

Anschrift:

LANR:

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein einen aktuellen Arztregisterauszug anfordert und der Anzeige beifügt.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(ggf. Stempel)