

**Änderungsanzeige**

Erweiterter Landesausschuss Nordrhein  
Geschäftsstelle  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Bitte wählen Sie das entsprechende Krankheitsbild aus:**

**Aktenzeichen des Feststellungsbescheides / Teamnummer:**

/

**Name der Teamleitung:**

**Folgendes Teammitglied wird neu / zusätzlich benannt**

(Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes):

Facharzt/Fachärztin für (mit Schwerpunkt bzw. Zusatzweiterbildung)

Facharzturkunde / Schwerpunktanerkennung /  
Zusatzweiterbildung\* / ggf. Zulassungsbescheid  
beigefügt

Funktion im Team

Urkunde Zusatzweiterbildung\* beigefügt

Teammitglied auch Palliativmediziner

Ja

Nein

**Folgendes Teammitglied scheidet aus\***

(Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes):

Facharzt/Fachärztin für (mit Schwerpunkt bzw. Zusatzweiterbildung)

Zeitpunkt des Austritts

Stellvertretung wird zwischenzeitlich übernommen durch:

\* **Hinweis:** Ist das ausscheidende Teammitglied noch in einem anderen als dem angegebenen ASV-Team benannt, informieren Sie bitte den Teamleiter entsprechend über den Zeitpunkt des Austritts!

**Soweit mehrere Änderungen erfolgen, duplizieren Sie diese Seite bitte und füllen diese mehrfach aus:**

\* Hinweis für in Nordrhein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in die bei der KV Nordrhein bzw. beim Zulassungsausschuss für Ärzte Nordrhein vorliegenden Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Formulars).

## Krankenhausplan des Landes NRW

Für die im Kernteam anzeigenden nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind die Feststellungsbescheide der Bezirksregierungen über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen, die ab dem 01.04.2025 bzw. 31.12.2025 gelten, in Kopie einzureichen, .

Anlage beigefügt  ja

Im Übrigen wird versichert, dass das betroffene Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 5 ASV-RL weiterhin für die dem vorliegenden Krankheitsbild zugeordneten Diagnosen stationäre Leistungen erbringen darf:

Ort, Datum	Name, Vorname der Vertretungsberechtigten des Krankenhauses	Unterschrift
------------	---	--------------

## Bei onkologischen Erkrankungen und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen:

Muss der ASV-Kooperationsvertrag angepasst werden?  Ja  Nein

(ggf. kann die angezeigte Änderung des Teams zu einer notwendigen Änderung des Kooperationsvertrages führen)

Falls ja, ist der geänderte ASV-Kooperationsvertrag beigefügt:

## 1. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

1.1 Die Leistungen werden (mit Ausnahme von an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie der Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten/Patientinnen entnommenem Untersuchungsmaterial) an dem angegebenen Tätigkeitsort der Teamleitung zu den folgenden festgelegten Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) von den Mitgliedern des Kernteams angeboten:

Teammitglied/er des Kernteams (Name/n):

Montag	von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr	und von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr
Dienstag	von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr	und von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr
Mittwoch	von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr	und von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr
Donnerstag	von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr	und von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr
Freitag	von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr	und von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr
Samstag	von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr	und von	_____	Uhr	bis	_____	Uhr

1.2 **Es wird versichert**, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen für **alle neuen Teammitglieder** in angemessener Entfernung (für Kernteammitglieder in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegt.  
(falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Ja

Nein

1.3 Falls unter 1.2 Nein angekreuzt wurde:

bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

**Soweit mehrere Änderungen erfolgen, füllen Sie diese Seite bitte mehrfach aus.**

## 2. Qualitätssicherung

2.1 Die Qualitätssicherungsvereinbarungen richten sich entweder nach § 135 Absatz 2 SGB V oder können durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL ersetzt werden. Die alternativen Qualitätsanforderungen, welche bereits ersetzt wurden, finden Sie unter § 4a ASV-RL.

Die für die Fachgruppen in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für betroffene Fachrichtungen aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gem. § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt §135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend.

Bitte tragen Sie hier die in Frage kommende(n) Qualitätssicherungsvereinbarung(en) ein.

**Es wird versichert**, dass die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung im Rahmen der ASV entsprechend der jeweils betroffenen Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V und/oder § 4a ASV-RL vorliegen.

Ort	Namen der Anzeigenden	Unterschriften

**Soweit mehrere Änderungen erfolgen, duplizieren Sie diese Seite bitte und füllen diese mehrfach aus:**

2.2 Zusätzlich gelten nach § 12 Satz 3 der ASV-RL die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135 a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

Es wird versichert, dass die Teammitglieder

a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern

und

b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einführen bzw. weiterentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

falls zutreffend bitte ankreuzen

<b>3.</b>	<b>Folgendes ist mir bekannt:</b>
3.1	Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116 b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
3.2	Die Leistungen, die im Rahmen der ASV vom Berechtigten erbracht werden können, sind im Appendix der jeweiligen Konkretisierung bzw. Anlage betreffend der jeweiligen Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 S. 2 ASV-RL).
3.3	Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Leistungserbringer können gegen Aufwendungsersatz die Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung von Leistungen der ASV beauftragen (§ 116 b Abs. 6 S. 1 SGB V).
3.4	Die Teilnahme an der ASV endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen oder krankenhausrechtlichen Zulassung oder dem Ende der Berechtigung des teilnehmenden Krankenhauses stationäre Leistungen zu erbringen. Das Ausscheiden bzw. das Ende der Teilnahme ist dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 S. 1 u. 2 ASV-RL).
3.5	Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten gegenüber dem erweiterten Landesausschuss ein neues Mitglied zu benennen. Bis dahin ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116 b SGB V unmittelbar nach Ablauf der sechs Monate nicht mehr vor; die Anzeige hierüber gegenüber dem erweiterten Landesausschuss hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen (§ 2 Abs. 3 S. 3 f. ASV-RL).
3.6	Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, die die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden (§ 3 Abs. 4 S. 2 f. ASV-RL).
3.7	Sollten Sie die Anforderungen der jeweils aktuellen ASV-RL nicht oder nicht mehr erfüllen, ist dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunktes ihres Wegfalls gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen sind unverzüglich zu informieren (§ 116 b Abs. 2 S. 8 SGB V).
3.8	Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.

- |   |
|---|
| <p>3.11 Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).</p>   |
| <p>3.12 Der erweiterte Landesausschuss kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass oder nach Ablauf von fünf Jahren nach der ersten Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss oder der letzten Überprüfung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt (§ 116 b Abs. 2 S. 9 SGB V).</p>                       |
| <p>3.13 Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach § 116b Abs. 2 SGB V auf Verlangen vorzulegen (§ 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V).</p> |



<b>4.</b>	<b>Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass</b>
4.1	der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
4.2	die Zusammenarbeit in der ASV in einem interdisziplinären Team erfolgt und alle Absprachen zur Organisation der Zusammenarbeit des Teams entsprechend der ASV-RL erfolgt sind.
4.3	der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
4.4	die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus) (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
4.5	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lediglich entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden sie nicht erbringen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
4.6	eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
4.7	eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
4.8	die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL)
4.9	ich als Anzeigender alle angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name und Anschrift sowie alle eingereichten Unterlagen von mir und allen weiteren Teammitgliedern unter Berücksichtigung des Datenschutzes eingeholt habe und diese ausschließlich im Einverständnis der Betroffenen weitergegeben habe. Weiterhin bestätige ich, dass der erweiterte Landesausschuss sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses diese Daten, die allein zum Zwecke der Bearbeitung der eingereichten Anzeige notwendig und erforderlich sind, im Rahmen der Anzeigebearbeitung speichern und verarbeiten dürfen.

Diese Seite bitte –falls erforderlich- mehrfach ausdrucken und verwenden.

**Bei Anzeige durch den Teamleiter bei Vorliegen einer Vollmacht der Anzeigenden Bevollmächtigten:**

Ort, Datum	Name Teamleiter/Teamleiterin	Unterschrift

**Bei Anzeige durch eine/n anderen von den Anzeigenden Bevollmächtigte/n:**

Ort, Datum	Name und Position der/des Bevollmächtigten	Unterschrift

Die Vollmacht wurde bereits vorgelegt:	Ja	Nein
--	----	------

Diese Seite bitte –falls erforderlich- mehrfach ausdrucken und verwenden.

**Bei Anzeige durch ein Krankenhaus:**

Ort, Datum	Name der/des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses	Unterschrift

**Bei Anzeige durch ein MVZ:**

Ort, Datum	Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ	Unterschrift

Diese Seite bitte –falls erforderlich- mehrfach ausdrucken und verwenden.

**Bei Anzeige von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen:**

Ort, Datum	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin	Unterschrift

**Diese Anzeige ist komplett ausgefüllt und mit allen beizufügenden Belegen,  
eigenhändig unterschrieben, postalisch zu richten an den**

**Erweiterten Landesausschuss der Ärzte, Krankenkassen  
und Krankenhäuser für den Bereich Nordrhein  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf**

Hinweis:

Alle beigefügten Urkunden (Facharzturkunden etc.) sowie evtl. erforderlichen Handelsregisterauszüge können in Kopie eingereicht werden, eine beglaubigte Abschrift ist nicht erforderlich.