



(Stand: 08.08.2023)

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 – 419

Fax (030) 31003 – 659

Stempel des Anzeigestellers

**Anzeige
zur Teilnahme an der
ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Absatz 2 SGB V**

Rheumatologische Erkrankungen

*(§ 116b SGB V i.V.m. § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische
Erkrankungen ASV-RL)*

Angaben zum Anzeigesteller:

Krankenhaus*

Vertragsarzt

Medizinisches Versorgungszentrum/
Einrichtung nach § 402 Absatz 2 SGB V

Anzeigesteller:

(Vorname, Name)

Name der Einrichtung:

Straße/Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

*Das o.g. Krankenhaus nahm bereits an der Versorgung nach § 116b SGB V
in der Fassung vom **01.04.2007 bis 31.12.2011** zu dieser Erkrankung teil.

Ja

Nein

*Im folgenden Text wird auf die getrennte Ansprache der unterschiedlichen Geschlechter verzichtet.
Alle Geschlechter sind in gleichem Maße angesprochen.*



-
- Die Anzeigsteller beabsichtigen im Rahmen der ASV ausschließlich Erwachsene** (gemäß § 1 Absatz 2 Nr. 1 Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen – Teil 1: Erwachsene ASV-RL) **zu behandeln.**

 - Die Anzeigsteller beabsichtigen im Rahmen der ASV ausschließlich Kinder und Jugendliche** (gemäß § 1 Absatz 2 Nr. 1 Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen – Teil 2: Kinder und Jugendliche ASV-RL) **zu behandeln.**

 - Die Anzeigsteller beabsichtigen im Rahmen der ASV sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche** (gemäß § 1 Absatz 2 Nr. 1 Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen – Teil 1: Erwachsene und Teil 2: Kinder und Jugendliche ASV-RL) **zu behandeln.**



1. Teil: Erwachsene

1. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und - soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist - eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus (§ 3 Absatz 1 Satz 1 ASV-RL). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen (§ 3 Absatz 1 Satz 2 ASV-RL).

1.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt (§ 3 Absatz 2 Satz 1 ASV-RL).

1.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen

- a) Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Absatz 5 Satz 1 ASV-RL).



Als Nachweis ist eine Selbsterklärung für jedes Mitglied des interdisziplinären Teams über die bisher gesammelten Erfahrungen (z.B. aufgrund von bisher ausgeübten Tätigkeiten in diesem Indikationsbereich) beigefügt. Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte gibt die fachliche Leitung dieser Institution die Erklärung für diese Ärzte ab.

- b) Die Mitglieder des Kernteams verpflichten sich, die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubieten (§ 3 Absatz 2 Satz 4 ASV-RL). Dies gilt nicht für Leistungen nach § 3 Absatz 2 Satz 5 ASV-RL.



Als Nachweis ist eine Selbsterklärung unter Einbezug jedes Mitglieds des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) über die am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubietenden spezialfachärztlichen Leistungen beigefügt.



- c) Die Mitglieder des Kernteams und die bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte sind verpflichtet, die direkt an dem Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten erreichbar) vom Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen; maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teamleitung (§ 3 Absatz 2 Sätze 6 und 8 ASV-RL).



Als Nachweis ist eine Selbsterklärung über die Tätigkeitsorte für jedes Mitglied des interdisziplinären Teams mit der Angabe der Anschrift, der Entfernung und der Fahrtzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung beigefügt. Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte gibt der Anzeigsteller die Erklärung für diese Ärzte ab.





1.1.2 Spezielle personelle Anforderungen

Hinweise:

Eine Übersicht über die gemäß § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend geltenden Qualitätssicherungsvereinbarungen, deren fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams zu erfüllen sind, finden Sie auf den Seiten 5 und 6 der Verpflichtungserklärung Teil 1: Erwachsene (Anlage 1.1).

Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. (§ 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL).



Teamleitung:

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____



Qualifikation der Teamleitung:

**I. Innere Medizin und Rheumatologie
und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



Qualifikation des Kernteams:

Im Kernteam müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie sowie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit Zusatz-Weiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ASV relevanten Einzugsbereich

- **kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist**

oder

- **dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ zu finden ist.**



FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

FA für Innere Medizin und Nephrologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

FA für Innere Medizin und Pneumologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



FA für Innere Medizin und Rheumatologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie



Sollten weitere Mitglieder zum Kernteam gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



Qualifikation der hinzuzuziehenden Fachärzte

Auf der dritten Ebene müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Humangenetik (nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber)
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut
- Radiologie

Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist eine namentliche Benennung entbehrlich.



FA für Augenheilkunde

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135
Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135
Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



FA für Humangenetik

(nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber)

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

FA für Innere Medizin und Angiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur interventionellen Radiologie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



FA für Innere Medizin und Gastroenterologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und –therapie sowie zur Durchführung von Koloskopien

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



FA für Innere Medizin und Kardiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur invasiven Kardiologie

FA für Laboratoriumsmedizin

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135
Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen

FA für Neurologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135
Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



FA für Nuklearmedizin

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß
§ 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie

FA für Pathologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



oder

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



FA für Radiologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie, zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie, zur interventionellen Radiologie sowie zur Durchführung von Untersuchungen in der MR-Angiographie



Sollten weitere hinzuzuziehende Fachärzte zum interdisziplinären Team gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 26.07.2019)

1.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

1.2.1 Allgemeine sächliche und organisatorische Anforderungen (§ 4 Absatz 2 Satz 2 ASV-RL)

Der Anzeigesteller versichert, dass die Zugänge und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind.

Ja

Nein

Hinweis:

Barrierefreiheit ist gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL anzustreben.²

² Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf finden Sie zum Thema Barrierefreiheit die Broschüre „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“.



(Stand: 20.08.2021)

1.2.2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen

(§ 4 Absatz 1 Anlage 1.1 – Buchstabe b Teil 1 Nummer 3.2 ASV-RL)

Die Anzeigesteller versichern, durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur, dafür Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarungen.):

➤ Physiotherapie

(Name und Anschrift)

➤ Ergotherapie

(Name und Anschrift)

➤ Orthopädietechnik / -mechanik / -schuhmacher

(Name und Anschrift)

➤ sozialen Diensten (z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten)

(Name und Anschrift)

b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung, einschließlich eines Notfalllabors und der im Notfall erforderlichen bildgebenden Diagnostik, mindestens in Form einer Kooperation mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, in einer Rufbereitschaft in dreißigminütiger Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung gewährleistet ist; die jeweilige Einrichtung ist dem Patienten namentlich zu benennen,

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,



(Stand: 20.08.2021)

- d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.



(Stand: 20.08.2021)

1.3 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen (§ 7 ASV-RL)

Die Anzeigsteller sollen den Kontakt zu Patienten- und Selbsthilfeorganisationen herstellen, um eine kontinuierliche Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die Anzeigsteller verpflichten sich, sich einen Überblick über die Selbsthilfeorganisationen zu verschaffen.

In Berlin können die Kontakte zu Patienten- und Selbsthilfeorganisationen über die Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin

<https://www.lv-selbsthilfe-berlin.de>

und über die Selbsthilfekontaktstelle SEKIS

<https://www.sekis-berlin.de>

hergestellt werden.



(Stand: 20.08.2021)



1.4 Anforderungen an die Dokumentation

(§§ 14, 15 Satz 2 Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 1 Gliederungspunkt 3.3 ASV-RL)

Die Anzeigsteller verpflichten sich,

➤ die Dokumentation so vorzunehmen, dass eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung möglich ist. Die Diagnoseerstellung und leitenden Therapieentscheidungen werden im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen (es gilt der Facharztstatus, § 3 Absatz 4 Satz 1 ASV-RL); diese werden jeweils entsprechend dokumentiert,

➤ dass die Dokumentation die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellt, dies gilt auch für die Leistungen der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte,

➤ dass zur Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen die Diagnose nach dem ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit dokumentiert wird,

➤ dass die Information des Patienten nach § 15 Satz 2 ASV-RL dokumentiert wird.

Die Anzeigsteller versichern durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur, dafür Sorge zu tragen, dass

➤ eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.



(Stand: 20.08.2021)

1.5 Erfüllung der Mindestmengen (Mindestbehandlungszahlen)

(§ 11 Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 1 Gliederungspunkt 3.4 ASV-RL)

Die Mitglieder des Kernteams und die Teamleitung versichern,

- dass das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) in den letzten vier Quartalen vor der ASV-Anzeige mindestens **240 Patienten** der unter dem Gliederungspunkt 1 der Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.

Ja

Nein



Der Nachweis der Mindestmengen ist durch geeignete Bescheinigungen oder durch Patientenverzeichnisse unter Angabe von Patientenpseudonymen, des Behandlungszeitraums und der Diagnosen zu belegen und vom Nachweisenden zu unterzeichnen. Die als Anlage 4 zu diesem Anzeigeformular beigefügte Tabelle kann zur Nachweisführung genutzt werden.

Hinweis zur Berechnung der Mindestmengen:

Für die Berechnung der durch das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) zu erbringenden Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu den vorstehend genannten Indikationsgruppen zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Hinweise zur Unterschreitung der Mindestmengen:

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim Erweiterten Landesausschuss Berlin müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patienten behandelt worden sein.

Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.



(Stand: 20.08.2021)

2. Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement
(§ 12 ASV-RL)

Die Anzeigsteller versichern, dass ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QMS) nach § 135a SGB V i.V.m. § 136 SGB V besteht.

Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.



(Stand: 20.08.2021)

3. Hinweise auf weitere Pflichten

Gemäß § 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V ist der eLA Berlin berechtigt, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass und 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 ASV weiterhin erfüllt werden.

Es besteht für folgende Tatbestände eine Anzeigepflicht:

- bezüglich des Wegfalls einzelner Voraussetzungen für seine ASV-Berechtigung gemäß § 116b SGB V, und zwar **unverzüglich**,
- bezüglich der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V, und zwar **unverzüglich**,
- bezüglich des Ausscheidens eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams, und zwar **innerhalb von sieben Werktagen**.

Gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 ASV-RL sind die ASV-Berechtigten verpflichtet, dem eLA Berlin die Vertretung einzelner ASV-Teammitglieder, sollte diese länger als eine Woche dauern, zu melden.

Abschließend wird noch auf folgende Pflichten hingewiesen:

- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans (**§ 5 Absatz 3 ASV-RL**)
- Studienteilnahme (**§ 6 ASV-RL**)
- kontinuierliche Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen (**§ 7 ASV-RL**)
- Patienteninformation (**§ 15 ASV-RL**)



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Anzeigestellers

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Innere Medizin und Rheumatologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Innere Medizin und Nephrologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Innere Medizin und Pneumologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Innere Medizin und Rheumatologie



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

| | | |
|------------|----------------------------------|---|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie |
|------------|----------------------------------|---|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------|----------------------------------|---|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Augenheilkunde ³ |
|------------|----------------------------------|---|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------|----------------------------------|--|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ³ |
|------------|----------------------------------|--|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------|----------------------------------|---|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Humangenetik ³ |
|------------|----------------------------------|---|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------|----------------------------------|--|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Angiologie ³ |
|------------|----------------------------------|--|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------|----------------------------------|---|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Gastroenterologie ³ |
|------------|----------------------------------|---|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Innere Medizin und Hämatologie und
Onkologie³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Innere Medizin und Kardiologie³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Laboratoriumsmedizin³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Mikrobiologie, Virologie und Infektions-
epidemiologie³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Neurologie³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Nuklearmedizin³

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigesterler die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Pathologie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychiatrie und Psychotherapie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden Psychologischen Psychotherapeuten ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden Ärztlichen Psychotherapeuten ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Radiologie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Beigefügte Anlagen zur Anzeige:

- Anlage 1.1: Verpflichtungserklärungen Teil 1: Erwachsene (insbesondere Tabelle „Qualitätssicherungsvereinbarungen) für jeden namentlich benannten Facharzt sowie für jede institutionelle Benennung
- Anlage 2: Empfangsvollmacht
- Anlage 3: Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die ASV-Servicestelle
- Anlage 4: tabellarische Dokumentation der erforderlichen Mindestmengen
- Anlage 5: Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams, weitere hinzuzuziehende Fachärzte, weitere Kooperationspartner

Außerdem sind beizufügen:

Selbsterklärungen zur indikationsspezifischen Erfahrung für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen des fachlichen Leiters zur indikationsspezifischen Erfahrung der in dieser Institution angestellten Fachärzte

Selbsterklärungen zum Tätigkeitsort für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen der Anzeigesteller zum Tätigkeitsort der jeweiligen Institution

Selbsterklärungen aller Kernteammitglieder (inkl. der Teamleitung) zur Erbringung der spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung

Kopien der Approbationsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

Kopien der Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

- **Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf den Seiten 27 - 30 des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.**
- **Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.**



Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Der erweiterte Landesausschuss Berlin hat die Aufgabe, die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu prüfen und festzustellen. Hierzu ist es erforderlich, dass der teilnahmewillige Leistungserbringer die insoweit maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllt und dies gegenüber dem erweiterten Landesausschuss unter Beifügung entsprechender Belege anzeigt, vgl. § 116b Abs. 2 und 3 SGB V.

1. Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierbare natürliche Person beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, einer Kundennummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten hält sich der eLA Berlin an die gesetzlichen Bestimmungen der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an der ASV werden personenbezogene Daten deshalb nur insoweit erhoben, verarbeitet und genutzt, wie dies gesetzlich erlaubt ist. Dies gilt auch für die Weitergabe der personenbezogenen Daten.

Um diese gesetzlich vorgegebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet der erweiterte Landesausschuss Berlin die dafür erforderlichen Daten. Hierzu zählen Daten zur Person, z.B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum sowie Daten zur Qualifikation von Ärzten.

Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund Ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht (siehe § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V) erhoben.

2. Datenübermittlungen

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an:

- die Vertreter der Patientinnen und Patienten im Sinne des § 140f SGB V
- die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin in seiner Funktion als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Sinne des § 116b Absatz 3 i. V. m. § 90 Absatz 4 Satz 2 SGB V

3. Datenspeicherung

Die Daten werden für die Dauer der Teilnahme in dem angezeigten ASV-Team gespeichert und nach bestandskräftiger Beendigung der ASV-Teilnahme gelöscht.



(Stand: 20.08.2021)

4. Ihre Rechte

- Recht auf **Auskunft** über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO)
- Recht auf **Berichtigung** unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO)
- Recht auf **Löschung** (Art. 17 EU-DSGVO)
- Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung** (Art. 18 EU-DSGVO)
- **Widerspruchsrecht** (Art. 21 EU-DSGVO)
- Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 EU-DSGVO)

5. Verantwortlicher und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Verantwortlicher:

Erweiterter Landesausschuss Berlin
c/o Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: (030) 31003-418
(030) 31003-419

E-Mail: E-LA-Berlin@kvberlin.de

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Berlin oder den Datenschutzbeauftragten zu wenden. Den Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

E-Mail: datenschutz-ela@kvberlin.de

6. Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für den erweiterten Landesausschuss Berlin zuständigen Datenschutzaufsicht lautet:

Der Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Friedrichstraße 219
10969 Berlin
Tel.: 030 / 13889 – 0
Fax: 030 / 2155050
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de



2. Teil: Kinder und Jugendliche

2. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und - soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist - eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus (§ 3 Absatz 1 Satz 1 ASV-RL). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen (§ 3 Absatz 1 Satz 2 ASV-RL).

2.1 Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt (§ 3 Absatz 2 Satz 1 ASV-RL).

1.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen

- a) Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Absatz 5 Satz 1 ASV-RL).



Als Nachweis ist eine Selbsterklärung für jedes Mitglied des interdisziplinären Teams über die bisher gesammelten Erfahrungen (z.B. aufgrund von bisher ausgeübten Tätigkeiten in diesem Indikationsbereich) beigefügt. Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte gibt die fachliche Leitung der Institution die Erklärung für diese Ärzte ab.

- b) Die Mitglieder des Kernteams verpflichten sich, die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubieten (§ 3 Absatz 2 Satz 4 ASV-RL). Dies gilt nicht für Leistungen nach § 3 Absatz 2 Satz 5 ASV-RL.



Als Nachweis ist eine Selbsterklärung unter Einbezug jedes Mitglieds des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) über die am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubietenden spezialfachärztlichen Leistungen beigefügt.



(Stand: 20.08.2021)

- c) Die Mitglieder des Kernteams und die bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte sind verpflichtet, die direkt an dem Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten erreichbar) vom Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen; maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teamleitung (§ 3 Absatz 2 Sätze 6 und 8 ASV-RL).



Als Nachweis ist eine Selbsterklärung über die Tätigkeitsorte für jedes Mitglied des interdisziplinären Teams mit der Angabe der Anschrift, der Entfernung und der Fahrtzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung beigefügt. Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte gibt der Anzeigsteller die Erklärung für diese Ärzte ab.





(Stand: 20.08.2021)

1.1.2 Spezielle personelle Anforderungen

Hinweise:

Eine Übersicht über die gemäß § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend geltenden Qualitätssicherungsvereinbarungen, deren fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams zu erfüllen sind, finden Sie auf den Seiten 5 und 6 der Verpflichtungserklärung Teil 2: Kinder und Jugendliche (Anlage 1.2).

Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. (§ 5 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL).



(Stand: 20.08.2021)

Teamleitung:

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____



Qualifikation der Teamleitung:

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie
und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß
§ 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen,
zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)



Qualifikation des Kernteams

Im Kernteam müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Augenheilkunde
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie sowie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit Zusatz-Weiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ASV relevanten Einzugsbereich

- **kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist**
oder
- **dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit Zusatz-Weiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ zu finden ist.**



(Stand: 20.08.2021)

FA für Augenheilkunde

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
Rheumatologie**

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

**FA für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische
Rheumatologie**

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie



Sollten weitere Mitglieder zum Kernteam gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)



Qualifikation der hinzuzuziehenden Fachärzte

Auf der dritten Ebene müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik (*nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom*)
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
oder
Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
oder
Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und –
Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
oder
Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
oder
Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
oder
Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Neurologie
oder
Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
oder
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
oder
Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
oder
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
oder
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Radiologie

Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist eine namentliche Benennung entbehrlich.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß
§ 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß
§ 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Humangenetik

(nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom)

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

FA für Innere Medizin und Angiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur interventionellen Radiologie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Innere Medizin und Gastroenterologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Durchführung von Koloskopien

oder

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
Gastroenterologie**

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Durchführung von Koloskopien

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

oder

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie
und -Onkologie**

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Innere Medizin und Kardiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitkardiographischen Untersuchungen, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Invasiven Kardiologie

oder

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitkardiographischen Untersuchungen, zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Invasiven Kardiologie

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Innere Medizin und Nephrologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

oder

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
Nephrologie**

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen sowie Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Innere Medizin und Pneumologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

oder

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-
Pneumologie**

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Laboratoriumsmedizin

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen

FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Neurologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

oder

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Pathologie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

(Name, Vorname) (Geb.-Datum) (Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

FA für Radiologie

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und fakultativ

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und -therapie, zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie, zur interventionellen Radiologie sowie zur Durchführung von MR-Angiographien



Sollten weitere hinzuzuziehende Fachärzte zum interdisziplinären Team gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



(Stand: 20.08.2021)

1.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

1.2.1 Allgemeine sächliche und organisatorische Anforderungen (§ 4 Absatz 2 Satz 2 ASV-RL)

Der Anzeigsteller versichert, dass die Zugänge und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind.

Ja

Nein

Hinweis:

Barrierefreiheit ist gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL anzustreben.²

² Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf finden Sie zum Thema Barrierefreiheit die Broschüre „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“.



(Stand: 20.08.2021)

1.2.2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen

(§ 4 Absatz 1 Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 2 Nummer 3.2 ASV-RL)

Die Anzeigesteller versichern, durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur, dafür Sorge zu tragen, dass

a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarungen.):

➤ Physiotherapie

(Name und Anschrift)

➤ Ergotherapie

(Name und Anschrift)

➤ Orthopädietechnik / -mechanik / -schumacher

(Name und Anschrift)

➤ sozialen Diensten (z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten)

(Name und Anschrift)

b) eine 24–Stunden–Notfallversorgung – einschließlich eines Notfalllabors und der im Notfall erforderlichen bildgebenden Diagnostik – mindestens in Form einer Kooperation mit einem Krankenhaus, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und eine Notaufnahme verfügt, in einer Rufbereitschaft in dreißigminütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung gewährleistet ist; die Einrichtung ist dem Patienten namentlich zu benennen,

c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.



(Stand: 20.08.2021)

1.3 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen (§ 7 ASV-RL)

Die Anzeigsteller sollen den Kontakt zu Patienten- und Selbsthilfeorganisationen herstellen, um eine kontinuierliche Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die Anzeigsteller verpflichten sich, sich einen Überblick über die Selbsthilfeorganisationen zu verschaffen.

In Berlin können die Kontakte zu Patienten- und Selbsthilfeorganisationen über die Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin

<https://www.lv-selbsthilfe-berlin.de>

und über die Selbsthilfekontaktstelle SEKIS

<https://www.sekis-berlin.de>

hergestellt werden.



(Stand: 20.08.2021)

1.4 Anforderungen an die Dokumentation

(§§ 14, 15 Satz 2 Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 2 Gliederungspunkt 3.3 ASV-RL)

Die Anzeigesteller verpflichten sich,

- die Dokumentation so vorzunehmen, dass eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung möglich ist. Die Diagnoseerstellung und leitenden Therapieentscheidungen werden im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen (es gilt der Facharztstatus, § 3 Absatz 4 Satz 1 ASV-RL); diese werden jeweils entsprechend dokumentiert,
- dass die Dokumentation die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellt, dies gilt auch für die Leistungen der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte,
- dass zur Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen die Diagnose nach dem ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit dokumentiert wird,
- dass die Information des Patienten nach § 15 Satz 2 ASV-RL dokumentiert wird.

Die Anzeigesteller versichern durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur, dafür Sorge zu tragen, dass

- eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.



(Stand: 20.08.2021)

1.5 Erfüllung der Mindestmengen (Mindestbehandlungszahlen)

(§ 11 Anlage 1.1 Buchstabe b Teil 2 Gliederungspunkt 3.4 ASV-RL)

Eine Mindestbehandlungszahl der durch das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) in den letzten vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelten Patienten der unter dem Gliederungspunkt 1 der Anlage 1.1 Buchstabe b rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche ASV-RL genannten Indikationsgruppen ist nicht festgelegt.



(Stand: 20.08.2021)

2. Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement
(§ 12 ASV-RL)

Die Anzeigesteller versichern, dass ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QMS) nach § 135a SGB V i.V.m. § 136 SGB V besteht.

Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.



3. Hinweise auf weitere Pflichten

Gemäß § 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V ist der eLA Berlin berechtigt, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass und 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 ASV weiterhin erfüllt werden.

Es besteht für folgende Tatbestände eine Anzeigepflicht:

- bezüglich des Wegfalls einzelner Voraussetzungen für seine ASV-Berechtigung gemäß § 116b SGB V, und zwar **unverzüglich**,
- bezüglich der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V, und zwar **unverzüglich**,
- bezüglich des Ausscheidens eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams, und zwar **innerhalb von sieben Werktagen**.

Gemäß § 3 Absatz 4 Satz 3 ASV-RL sind die ASV-Berechtigten verpflichtet, dem eLA Berlin die Vertretung einzelner ASV-Teammitglieder, sollte diese länger als eine Woche dauern, zu melden.

Abschließend wird noch auf folgende Pflichten hingewiesen:

- Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans (**§ 5 Absatz 3 ASV-RL**)
- Studienteilnahme (**§ 6 ASV-RL**)
- kontinuierliche Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen (**§ 7 ASV-RL**)
- Patienteninformation (**§ 15 ASV-RL**)



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

| | | | | | |
|------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des Anzeigestellers | | | |

| | | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift der Teamleitung/ FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend- Rheumatologie | | | |

| | | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Augenheilkunde | | | |

| | | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinderreumatologie | | | |

| | | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie | | | |

| | | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ³ | | | |

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigesterler die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Humangenetik ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Angiologie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Gastroenterologie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigester die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ³ | | |
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderhämatologie und -onkologie ³ | | |
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Kardiologie ³ | | |
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie ³ | | |
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Nephrologie ³ | | |
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz- weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie ³ | | |

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigesterler die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Pneumologie ³ | | |

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie ³ | | |

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Laboratoriumsmedizin ³ | | |

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektions- epidemiologie ³ | | |

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Neurologie ³ | | |

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <hr/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwer- punkt Neuropädiatrie ³ | | |

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Pathologie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychiatrie und Psychotherapie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden Psychologischen Psychotherapeuten ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden Ärztlichen Psychotherapeuten ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|

| | | | | |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Blockbuchstaben | Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder – und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------|----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigester die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution / die Anzeigenersteller gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen.

Einverständnis zur
Weiterleitung von
Unterlagen von der KV
Berlin an den eLA Berlin

ja nein

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden Kinder-
und Jugendlichenpsychotherapeuten³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Radiologie³

³ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

Beigefügte Anlagen zur Anzeige:

- Anlage 1.2: Verpflichtungserklärungen Teil 2: Kinder und Jugendliche (insbesondere Tabelle „Qualitätssicherungsvereinbarungen) für jeden namentlich benannten Facharzt sowie für jede institutionelle Benennung
- Anlage 2: Empfangsvollmacht
- Anlage 3: Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die ASV-Servicestelle
- Anlage 5: Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams, weitere hinzuzuziehende Fachärzte, weitere Kooperationspartner

Außerdem sind beizufügen:

Selbsterklärungen zur indikationsspezifischen Erfahrung für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen des fachlichen Leiters zur indikationsspezifischen Erfahrung der in dieser Institution angestellten Fachärzte

Selbsterklärungen zum Tätigkeitsort für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen der Anzeigesteller zum Tätigkeitsort der jeweiligen Institution

Selbsterklärungen aller Kernteammitglieder (inkl. der Teamleitung) zur Erbringung der spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung

Kopien der Approbationsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

Kopien der Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

- **Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf den Seiten 61 - 66 des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.**
- **Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.**



Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Der erweiterte Landesausschuss Berlin hat die Aufgabe, die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu prüfen und festzustellen. Hierzu ist es erforderlich, dass der teilnahmewillige Leistungserbringer die insoweit maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllt und dies gegenüber dem erweiterten Landesausschuss unter Beifügung entsprechender Belege anzeigt, vgl. § 116b Abs. 2 und 3 SGB V.

1. Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierbare natürliche Person beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, einer Kundennummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten hält sich der eLA Berlin an die gesetzlichen Bestimmungen der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an der ASV werden personenbezogene Daten deshalb nur insoweit erhoben, verarbeitet und genutzt, wie dies gesetzlich erlaubt ist. Dies gilt auch für die Weitergabe der personenbezogenen Daten.

Um diese gesetzlich vorgegebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet der erweiterte Landesausschuss Berlin die dafür erforderlichen Daten. Hierzu zählen Daten zur Person, z.B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum sowie Daten zur Qualifikation von Ärzten.

Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund Ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht (siehe § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V) erhoben.

2. Datenübermittlungen

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an:

- die Vertreter der Patientinnen und Patienten im Sinne des § 140f SGB V
- die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin in seiner Funktion als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Sinne des § 116b Absatz 3 i. V. m. § 90 Absatz 4 Satz 2 SGB V

3. Datenspeicherung

Die Daten werden für die Dauer der Teilnahme in dem angezeigten ASV-Team gespeichert und nach bestandskräftiger Beendigung der ASV-Teilnahme gelöscht.



(Stand: 20.08.2021)

4. Ihre Rechte

- Recht auf **Auskunft** über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO)
- Recht auf **Berichtigung** unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO)
- Recht auf **Löschung** (Art. 17 EU-DSGVO)
- Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung** (Art. 18 EU-DSGVO)
- **Widerspruchsrecht** (Art. 21 EU-DSGVO)
- Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 EU-DSGVO)

5. Verantwortlicher und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Verantwortlicher:

Erweiterter Landesausschuss Berlin
c/o Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: (030) 31003-418
(030) 31003-419

E-Mail: E-LA-Berlin@kvberlin.de

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Berlin oder den Datenschutzbeauftragten zu wenden. Den Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

E-Mail: datenschutz-ela@kvberlin.de

6. Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei der Datenschutzaufsicht zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für den erweiterten Landesausschuss Berlin zuständigen Datenschutzaufsicht lautet:

Der Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Friedrichstraße 219
10969 Berlin
Tel.: 030 / 13889 – 0
Fax: 030 / 2155050
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de



Anlage 1.1: Erwachsene

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

Erweiterter Landesausschuss Berlin
- Geschäftsstelle –
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon: (030) 31003 – 419
Fax: (030) 31003 – 659

Stempel des Anzeigestellers

Verpflichtungserklärung

zur Teilnahmeanzeige an der
ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Absatz 2 SGB V
für die Indikation

rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene

I. Als Anzeigesteller

(Name, Vorname / ggf. Institution)

(Adresse der Institution / Praxis)

ist mir bekannt,

⇒ dass die Erbringung und Abrechnung qualitätsgesicherter Leistungen im Rahmen der ASV-Berechtigung die Erfüllung der fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der im Anzeigeformular zu den verschiedenen Fachdisziplinen genannten Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSVen) voraussetzt und

⇒ dass der eLA Berlin berechtigt ist, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens 5 Jahren seit ASV-Berechtigung oder der letzten späteren Prüfung zu überprüfen (§ 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V).

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner im Zusammenhang mit der Anzeige zur Teilnahme an der ASV gemachten Angaben.



Anlage 1.1: Erwachsene

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

Der eLA Berlin weist darauf hin, dass bei unrichtigen sowie unvollständigen Angaben in der Anzeige zur Teilnahme an der ASV die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV wieder aufgehoben werden kann.

Der eLA Berlin weist ferner darauf hin, dass die Krankenkassen im Fall von unrichtigen sowie von unvollständigen Angaben die Rückforderung der Vergütung für die unberechtigt erbrachten und abgerechneten Leistungen vom ASV-Berechtigten geltend machen könnten.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift



Anlage 1.1: Erwachsene

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

- II. **Als Teamleitung**
- Als Mitglied des Kernteams**
- Als hinzuzuziehender Facharzt bzw. Psychotherapeut**

(Name, Vorname)

(genaue Bezeichnung der Praxis / des Krankenhauses / des MVZ)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

(BSNR/IK)

(LANR¹)

1. versichere ich, dass ich mit der Facharztspezialisierung, mit der ich an der ASV teilnehme, als Facharzt stationär für ein Krankenhaus oder vertragsärztlich in der fachärztlichen Versorgung tätig bin,
2. verpflichte ich mich, die im Rahmen der ASV erforderlichen fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität - entsprechend den Bestimmungen der einschlägigen QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V - an dem o.g. Tätigkeitsort zu erfüllen.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



Anlage 1.1: Erwachsene

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

III. **Bei institutioneller Benennung hinzuzuziehender Fachärzte**

(Name der Institution / Praxis)

(Adresse der Institution / Praxis)

(BSNR/IK)

1. versichere ich als Anzeigsteller, dass die in der vorgenannten Institution angestellten Ärzte mit der Facharztspezialisierung, mit der sie an der ASV teilnehmen, als Fachärzte stationär in einem Krankenhaus oder vertragsärztlich in der fachärztlichen Versorgung tätig sind,
2. versichere ich als Anzeigsteller, dass die im Rahmen der ASV erforderlichen fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität - entsprechend den Bestimmungen der einschlägigen QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V - in der vorgenannten Institution erfüllt werden,
3. versichere ich als Anzeigsteller, dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte (§ 14 ASV-RL) jeweils dokumentiert wird, welche Leistung - unter namentlicher Nennung des Facharztes - im Rahmen der ASV-Behandlung ausgeführt worden ist.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift



Anlage 1.1: Erwachsene

Verpflichtungserklärung Teilnahmeanzeige zur Indikation rheumatologische Erkrankungen

(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

In der nachfolgenden Übersicht sind die QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V, deren fachliche, sächliche und apparative Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams entsprechend zu erfüllen sind, mit entsprechenden Ankreuzfeldern hinterlegt. Bitte kreuzen Sie an, welches Mitglied die Anforderungen entsprechend den QSVen erfüllt und auf Anforderung nachweisen kann. Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.*

| lfd. Nr. | Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zu(r) | Innere Medizin und Rheumatologie | Haut- und Geschlechtskrankheiten | Innere Medizin und Nephrologie | Innere Medizin und Pneumologie | Orthopädie und Unfallchirurgie m. ZWB orthop. Rheumatologie | Augenheilkunde | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Humangenetik | Innere Medizin und Angiologie | Innere Medizin und Gastroenterologie | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | Innere Medizin und Kardiologie |
|----------|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| 1. | Durchführung von Langzeit-EKG | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Koloskopie | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Laboratoriumsuntersuchungen | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| 4. | Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Strahlendiagnostik und -therapie | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Interventionelle Radiologie | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. | Invasive Kardiologie | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 9. | MR-Angiographie | | | | | | | | | | | | |

* Die entsprechenden QSVen sind in ihren jeweils gültigen Fassungen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php einsehbar.



Anlage 1.1: Erwachsene

Verpflichtungserklärung Teilnahmeanzeige zur Indikation rheumatologische Erkrankungen

(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

In der nachfolgenden Übersicht sind die QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V, deren fachliche, sächliche und apparative Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams entsprechend zu erfüllen sind, mit entsprechenden Ankreuzfeldern hinterlegt. Bitte kreuzen Sie an, welches Mitglied die Anforderungen entsprechend den QSVen erfüllt und auf Anforderung nachweisen kann. Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.*

| lfd. Nr. | Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zu(r) | Laboratoriumsmedizin | Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie | Neurologie | Nuklearmedizin | Pathologie | Psychiatrie und Psychotherapie | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | Psychologischer Psychotherapeut | Ärztlicher Psychotherapeut | Radiologie |
|----------|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Durchführung von Langzeit-EKG | | | | | | | | | | |
| 2. | Koloskopien | | | | | | | | | | |
| 3. | Laboratoriumsuntersuchungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 4. | Ultraschalldiagnostik | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Strahlendiagnostik und -therapie | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Interventionelle Radiologie | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Invasive Kardiologie | | | | | | | | | | |
| 9. | MR-Angiographie | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |

* Die entsprechenden QSVen sind in ihren jeweils gültigen Fassungen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php einsehbar.



Anlage 1.2: Kinder und Jugendliche

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

Erweiterter Landesausschuss Berlin
- Geschäftsstelle –
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon: (030) 31003 – 419
Fax: (030) 31003 – 659

Stempel des Anzeigestellers

Verpflichtungserklärung

zur Teilnahmeanzeige an der
ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Absatz 2 SGB V
für die Indikation

rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche

I. Als Anzeigesteller

(Name, Vorname / ggf. Institution)

(Adresse der Institution / Praxis)

ist mir bekannt,

⇒ dass die Erbringung und Abrechnung qualitätsgesicherter Leistungen im Rahmen der ASV-Berechtigung die Erfüllung der fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der im Anzeigeformular zu den verschiedenen Fachdisziplinen genannten Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSVen) voraussetzt und

⇒ dass der eLA Berlin berechtigt ist, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens 5 Jahren seit ASV-Berechtigung oder der letzten späteren Prüfung zu überprüfen (§ 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V).

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner im Zusammenhang mit der Anzeige zur Teilnahme an der ASV gemachten Angaben.



Anlage 1.2: Kinder und Jugendliche

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

Der eLA Berlin weist darauf hin, dass bei unrichtigen sowie unvollständigen Angaben in der Anzeige zur Teilnahme an der ASV die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV wieder aufgehoben werden kann.

Der eLA Berlin weist ferner darauf hin, dass die Krankenkassen im Fall von unrichtigen sowie von unvollständigen Angaben die Rückforderung der Vergütung für die unberechtigt erbrachten und abgerechneten Leistungen vom ASV-Berechtigten geltend machen könnten.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift



Anlage 1.2: Kinder und Jugendliche

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

- II. Als Teamleitung
- Als Mitglied des Kernteams
- Als hinzuzuziehender Facharzt bzw. Psychotherapeut

(Name, Vorname)

(genaue Bezeichnung der Praxis / des Krankenhauses / des MVZ)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

(BSNR/IK)

(LANR¹)

1. versichere ich, dass ich mit der Facharztspezialisierung, mit der ich an der ASV teilnehme, als Facharzt stationär für ein Krankenhaus oder vertragsärztlich in der fachärztlichen Versorgung tätig bin,
2. verpflichte ich mich, die im Rahmen der ASV erforderlichen fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität - entsprechend den Bestimmungen der einschlägigen QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V - an dem o.g. Tätigkeitsort zu erfüllen.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift

¹ Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat. Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.



Anlage 1.2: Kinder und Jugendliche

Verpflichtungserklärung
Teilnahmeanzeige zur Indikation
rheumatologische Erkrankungen

(Stand: 20.08.2021)

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

III. **Bei institutioneller Benennung hinzuzuziehender Fachärzte**

(Name der Institution / Praxis)

(Adresse der Institution / Praxis)

(BSNR/IK)

1. versichere ich als Anzeigsteller, dass die in der vorgenannten Institution angestellten Ärzte mit der Facharztspezialisierung, mit der sie an der ASV teilnehmen, als Fachärzte stationär in einem Krankenhaus oder vertragsärztlich in der fachärztlichen Versorgung tätig sind,
2. versichere ich als Anzeigsteller, dass die im Rahmen der ASV erforderlichen fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität - entsprechend den Bestimmungen der einschlägigen QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V - in der vorgenannten Institution erfüllt werden,
3. versichere ich als Anzeigsteller, dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte (§ 14 ASV-RL) jeweils dokumentiert wird, welche Leistung - unter namentlicher Nennung des Facharztes - im Rahmen der ASV-Behandlung ausgeführt worden ist.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift



Anlage 1.2: Kinder und Jugendliche

Verpflichtungserklärung

Teilnahmeanzeige zur Indikation rheumatologische Erkrankungen

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

In der nachfolgenden Übersicht sind die QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V, deren fachliche, sächliche und apparative Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams entsprechend zu erfüllen sind, mit entsprechenden Ankreuzfeldern hinterlegt. Bitte kreuzen Sie an, welches Mitglied die Anforderungen entsprechend den QSVen erfüllt und auf Anforderung nachweisen kann. Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.*

| Ifd. Nr. | Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zu(r) | Kinder u. Jugendmedizin mit ZWB Kinderrheumatologie | Augenheilkunde | Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZWB orthopädische | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Haut- und Geschlechtskrankheiten | Humangenetik | Innere Medizin u. Angiologie | Innere Medizin und Gastroenterologie | Kinder- u. Jugendmedizin mit ZWB Kindergastroenterologie | Innere Medizin u. Hämatologie u. Onkologie | Kinder- u. Jugendmedizin mit SP Kinderhämatologie und -onkologie | Innere Medizin und Kardiologie | Kinder- u. Jugendmedizin mit SP Kinderkardiologie | Innere Medizin u. Nephrologie |
|----------|--|---|--------------------------|--|---------------------------|----------------------------------|--------------|------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|---|-------------------------------|
| 1. | Durchführung von Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Koloskopie | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 3. | Laboratoriumsuntersuchungen | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Strahlendiagnostik und -therapie | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 6. | Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Interventionelle Radiologie | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 8. | Invasive Kardiologie | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | MR-Angiographie | | | | | | | | | | | | | | |

* Die entsprechenden QSVen sind in ihren jeweils gültigen Fassungen auf der Internetseite der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php einsehbar.



Anlage 1.2: Kinder und Jugendliche

Verpflichtungserklärung

Teilnahmeanzeige zur Indikation rheumatologische Erkrankungen

Erweiterter Landesausschuss
(eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

In der nachfolgenden Übersicht sind die QSVen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V, deren fachliche, sächliche und apparative Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams entsprechend zu erfüllen sind, mit entsprechenden Ankreuzfeldern hinterlegt. Bitte kreuzen Sie an, welches Mitglied die Anforderungen entsprechend den QSVen erfüllt und auf Anforderung nachweisen kann. Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.*

| lfd. Nr. | Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zu(r) | Kinder- u. Jugendmedizin mit ZWB Kindernephrologie | Innere Medizin u. Pneumologie | Kinder- u. Jugendmedizin mit ZWB Kinderpneumologie | Laboratoriumsmedizin | Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie | Neurologie | Kinder- u. Jugendmedizin mit SP Kinderneuropädiatrie | Pathologie | Psychiatrie und Psychotherapie | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut | Kinder- u. Jugendpsychiatre u. -psychotherapeut | Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut | Radiologie |
|----------|--|--|-------------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--|------------|--------------------------------|---|---|---|--|--------------------------|
| 1. | Durchführung von Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Koloskopien | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Laboratoriumsuntersuchungen | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 4. | Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Strahlendiagnostik und -therapie | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Interventionelle Radiologie | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Invasive Kardiologie | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | MR-Angiographie | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |

* Die entsprechenden QSVen sind in ihren jeweils gültigen Fassungen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php einsehbar.



Erweiterter Landesausschuss Berlin
- Geschäftsstelle -
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon: (030) 31003 – 418/419
Fax: (030) 31003 – 659

Empfangsvollmacht¹

Der Anzeigsteller/Leistungserbringer

(Name des Anzeigestellers/Leistungserbringers)

bevollmächtigt Frau / Herrn

(Name, Vorname des gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten)

(Adresse des Empfangsbevollmächtigten [z.B. der Institution / Praxis])

(FAX-Nummer und E-Mail-Adresse des Empfangsbevollmächtigten)

zur Empfangnahme der vom erweiterten Landesausschuss (eLA) Berlin erlassenen Verwaltungsakte sowie sonstiger Mitteilungen oder Aufforderungsschreiben.

Der o. g. Anzeigsteller/Leistungserbringer ist damit einverstanden, dass eine Weiterleitung der aufgeführten Unterlagen durch den gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten erfolgt.

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockbuchstaben

Unterschrift Anzeigsteller / Leistungserbringer

¹Mithilfe der Empfangsvollmacht bestimmen die Anzeigsteller/Leistungserbringer eines ASV-Teams einen gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten, welcher zur Entgegennahme und Weiterleitung des Schriftverkehrs zwischen dem eLA Berlin und den Leistungserbringern bevollmächtigt wird. Das Formular zur Empfangsvollmacht ist dazu von jedem Anzeigsteller/Leistungserbringer des ASV-Teams gesondert zu unterzeichnen und den Anzeigeunterlagen beizufügen.



Erweiterter Landesausschuss Berlin
- Geschäftsstelle -
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon: (030) 31003 – 418/419
Fax: (030) 31003 – 659

Stempel des Anzeigestellers

Einverständniserklärung

**zur Weitergabe von Informationen an die ASV-Servicestelle
zur Teilnahmeberechtigung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
gemäß § 116b Absatz 2 SGB V für die Indikation
rheumatologische Erkrankungen**

Als Anzeigesteller

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Adresse der Institution)

(BSNR/IK)

(LANR¹)

gebe ich stellvertretend für das gesamte interdisziplinäre Team folgende Erklärung ab:

Wir sind damit einverstanden, dass der eLA Berlin die erforderlichen Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergibt (§ 5 Absätze 5 und 6 ASV-AV).

Ort, Datum

Unterschrift des Anzeigestellers

¹Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, obligat.
Bei Krankenhausärzten ist diese nur anzugeben, wenn vorhanden.

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 52 | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | |
| 61 | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 77 | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | |
| 81 | | | | | | | |
| 82 | | | | | | | |
| 83 | | | | | | | |
| 84 | | | | | | | |
| 85 | | | | | | | |
| 86 | | | | | | | |
| 87 | | | | | | | |
| 88 | | | | | | | |
| 89 | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | |
| 91 | | | | | | | |
| 92 | | | | | | | |
| 93 | | | | | | | |
| 94 | | | | | | | |
| 95 | | | | | | | |
| 96 | | | | | | | |
| 97 | | | | | | | |
| 98 | | | | | | | |
| 99 | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | |
| 101 | | | | | | | |
| 102 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 103 | | | | | | | |
| 104 | | | | | | | |
| 105 | | | | | | | |
| 106 | | | | | | | |
| 107 | | | | | | | |
| 108 | | | | | | | |
| 109 | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | |
| 111 | | | | | | | |
| 112 | | | | | | | |
| 113 | | | | | | | |
| 114 | | | | | | | |
| 115 | | | | | | | |
| 116 | | | | | | | |
| 117 | | | | | | | |
| 118 | | | | | | | |
| 119 | | | | | | | |
| 120 | | | | | | | |
| 121 | | | | | | | |
| 122 | | | | | | | |
| 123 | | | | | | | |
| 124 | | | | | | | |
| 125 | | | | | | | |
| 126 | | | | | | | |
| 127 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene
Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 128 | | | | | | | |
| 129 | | | | | | | |
| 130 | | | | | | | |
| 131 | | | | | | | |
| 132 | | | | | | | |
| 133 | | | | | | | |
| 134 | | | | | | | |
| 135 | | | | | | | |
| 136 | | | | | | | |
| 137 | | | | | | | |
| 138 | | | | | | | |
| 139 | | | | | | | |
| 140 | | | | | | | |
| 141 | | | | | | | |
| 142 | | | | | | | |
| 143 | | | | | | | |
| 144 | | | | | | | |
| 145 | | | | | | | |
| 146 | | | | | | | |
| 147 | | | | | | | |
| 148 | | | | | | | |
| 149 | | | | | | | |
| 150 | | | | | | | |
| 151 | | | | | | | |
| 152 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| Nr. | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 153 | | | | | | | |
| 154 | | | | | | | |
| 155 | | | | | | | |
| 156 | | | | | | | |
| 157 | | | | | | | |
| 158 | | | | | | | |
| 159 | | | | | | | |
| 160 | | | | | | | |
| 161 | | | | | | | |
| 162 | | | | | | | |
| 163 | | | | | | | |
| 164 | | | | | | | |
| 165 | | | | | | | |
| 166 | | | | | | | |
| 167 | | | | | | | |
| 168 | | | | | | | |
| 169 | | | | | | | |
| 170 | | | | | | | |
| 171 | | | | | | | |
| 172 | | | | | | | |
| 173 | | | | | | | |
| 174 | | | | | | | |
| 175 | | | | | | | |
| 176 | | | | | | | |
| 177 | | | | | | | |
| 178 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene
Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 179 | | | | | | | |
| 180 | | | | | | | |
| 181 | | | | | | | |
| 182 | | | | | | | |
| 183 | | | | | | | |
| 184 | | | | | | | |
| 185 | | | | | | | |
| 186 | | | | | | | |
| 187 | | | | | | | |
| 188 | | | | | | | |
| 189 | | | | | | | |
| 190 | | | | | | | |
| 191 | | | | | | | |
| 192 | | | | | | | |
| 193 | | | | | | | |
| 194 | | | | | | | |
| 195 | | | | | | | |
| 196 | | | | | | | |
| 197 | | | | | | | |
| 198 | | | | | | | |
| 199 | | | | | | | |
| 200 | | | | | | | |
| 201 | | | | | | | |
| 202 | | | | | | | |
| 203 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|-----|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 204 | | | | | | | |
| 205 | | | | | | | |
| 206 | | | | | | | |
| 207 | | | | | | | |
| 208 | | | | | | | |
| 209 | | | | | | | |
| 210 | | | | | | | |
| 211 | | | | | | | |
| 212 | | | | | | | |
| 213 | | | | | | | |
| 214 | | | | | | | |
| 215 | | | | | | | |
| 216 | | | | | | | |
| 217 | | | | | | | |
| 218 | | | | | | | |
| 219 | | | | | | | |
| 220 | | | | | | | |
| 221 | | | | | | | |
| 222 | | | | | | | |
| 223 | | | | | | | |
| 224 | | | | | | | |
| 225 | | | | | | | |
| 226 | | | | | | | |
| 227 | | | | | | | |
| 228 | | | | | | | |
| 229 | | | | | | | |

Anlage 4: Erwachsene

Nachweis der Mindestmengen rheumatologische Erkrankungen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|--|--|---|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--|
| Nr. | Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name) | Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen) | | | | Chiffre-Nr./ID des Patienten | gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 230 | | | | | | | |
| 231 | | | | | | | |
| 232 | | | | | | | |
| 233 | | | | | | | |
| 234 | | | | | | | |
| 235 | | | | | | | |
| 236 | | | | | | | |
| 237 | | | | | | | |
| 238 | | | | | | | |
| 239 | | | | | | | |
| 240 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Gesamtzahl der behandelten Patienten, Σ | | 0 | | | | | |



Anlage 5 – Ergänzungstabelle für weitere Kernteammitglieder

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

| Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt und/ oder Zusatz-Weiterbildung | Titel, Vorname, Name genaue Angabe des Leistungserbringers Tätigkeitsort | BSNR / IK und LANR (falls vorhanden) | Unterschrift des Arztes Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller Pflichten und Anforderungen der ASV-RL. | Nachweise sind beigefügt | Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden |
|---|--|---|---|--------------------------|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Im folgenden Text wird auf die getrennte Ansprache der unterschiedlichen Geschlechter verzichtet.
Alle Geschlechter sind in gleichem Maße angesprochen.*



Anlage 5 – Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand 20.08.2021)

| Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt und / oder Zusatz-Weiterbildung | Titel, Vorname, Name genaue Angabe des Leistungserbringers Tätigkeitsort oder Institution Anschrift der Institution | BSNR /IK und LANR (falls vorhanden) | Unterschrift des Arztes / des Anzeigestellers Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller Pflichten und Anforderungen der ASV-RL. | Nachweise sind beigefügt | Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden |
|--|--|--|---|--------------------------|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Im folgenden Text wird auf die getrennte Ansprache der unterschiedlichen Geschlechter verzichtet.
Alle Geschlechter sind in gleichem Maße angesprochen.*