



(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**

Hämophilie

(§ 116b SGB V i.V.m. § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Anlage 2 Buchstabe c ASV-RL)

Angaben zum Anzeigesteller:

Krankenhaus*

Vertragsarzt

Medizinisches Versorgungszentrum/
Einrichtung nach § 311 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.*



(Stand: 08.08.2023)

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 der Indikation Hämophilie 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 der Indikation Hämophilie 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 der Anzeigsteller 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.





(Stand: 08.08.2023)

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 der Seite 5 der Verpflichtungserklärung (Anlage 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).



(Stand: 08.08.2023)

Teamleitung:

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

Qualifikation der Teamleitung:

- I. FA für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie und fakultativ**
- Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Durchführung von Koloskopien

oder

- II. FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**

oder

- III. FA für Transfusionsmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie und fakultativ**
- Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen sowie 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: 08.08.2023)

Sofern nur Kinder und Jugendliche behandelt werden alternativ

**IV. FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
und fakultativ**

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

Hinweis:

Sofern neben der Behandlung von Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen, kann
alternativ eine kooperative Teamleitung, bestehend aus einem Facharzt für

Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

oder

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

oder

Transfusionsmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

und einem Facharzt für

Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

angezeigt werden.



(Stand: 08.08.2023)



Qualifikation des Kernteams:

Im Kernteam muss neben der Teamleitung mindestens ein Facharzt der folgenden Facharztgruppen **mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie** vertreten sein:

- Innere Medizin

oder

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

oder

- Transfusionsmedizin

Im Kernteam muss zusätzlich folgende Facharztgruppe vertreten sein:

- Orthopädie und Unfallchirurgie

Sofern die Teamleitung über die Facharztqualifikation **Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie** verfügt, muss neben der Teamleitung mindestens ein weiterer Facharzt der folgenden Facharztgruppen mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie im Kernteam vertreten sein:

- Innere Medizin oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, muss zusätzlich ein Facharzt für

- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

vertreten sein.

Sollte kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar sein, ist ein Facharzt für

- Kinder- und Jugendmedizin

zu benennen.

Die Facharztkompetenz, die bereits durch die Teamleitung erfüllt wird, muss nicht noch zusätzliche durch ein weiteres Mitglied des Kernteams vertreten sein.



(Stand: 08.08.2023)

FA für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

(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 Durchführung von Koloskopien

oder

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

FA für Transfusionsmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

(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 sowie 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: 08.08.2023)

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

(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 Hämostaseologie

(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

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: 08.08.2023)

FA für Kinder- und Jugendmedizin

(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



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: 08.08.2023)

Qualifikation der hinzuzuziehenden Fachärzte:

Auf der dritten Ebene müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Allgemein Chirurgie,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Humangenetik,
- Innere Medizin und Gastroenterologie,
- Laboratoriumsmedizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie **oder** Psychologischer **oder** Ärztlicher Psychotherapeut,
- Radiologie.

Sofern auch Kinder und Jugendliche behandelt werden, können zusätzlich folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



(Stand: 08.08.2023)

FA für Allgemeinchirurgie

(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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(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 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

(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

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: 08.08.2023)

FA für Humangenetik

(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 Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen

FA für Innere Medizin und Gastroenterologie (sofern nicht im Kernteam vertreten)

(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 Koloskopien sowie zur Ultraschalldiagnostik

FA für Laboratoriumsmedizin

(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 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: 08.08.2023)

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

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: 08.08.2023)

FA für Radiologie

(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, zur Strahlendiagnostik und –therapie, zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie sowie zur MR-Angiographie

Sofern auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen, können als hinzuzuziehende Fachärzte *zusätzlich* benannt werden:

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

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: 08.08.2023)

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kindergastroenterologie

(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 Koloskopien sowie zur Ultraschalldiagnostik



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: 20.09.2019)

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: 20.09.2019)

1.2.2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen
(§ 4 Absatz 1 Anlage 2 Buchstabe c 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.):

➤ sozialen Diensten, wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

(Name und Anschrift)

➤ Physiotherapie

(Name und Anschrift)

b) eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin besteht (**Dem eLA Berlin ist zur Glaubhaftmachung die vertragliche Vereinbarung vorzulegen.**):

➤ Zahnheilkunde

(Name und Anschrift)

c) eine 24 – Stunden – Notfallversorgung – einschließlich eines Notfalllabors und der im Notfall erforderlichen bildgebenden Diagnostik – mindestens in Form einer Rufbereitschaft in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung durch einen der folgenden Fachärzte gewährleistet ist:

➤ **FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**

➤ **FA für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**

➤ **FA für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie**

d) folgende räumliche und technische Ausstattung vorgehalten wird:

➤ permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten



(Stand: 20.09.2019)

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: 20.09.2019)

1.4 Anforderungen an die Dokumentation (§§ 14, 15 Satz 2 Anlage 2 Buchstabe c 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 Hämophilie 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 außerdem, 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: 20.09.2019)

1.5 Erfüllung der Mindestmengen (Mindestbehandlungszahlen) (§ 11 Anlage 2 Buchstabe c 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 30 Patienten der unter dem Gliederungspunkt 1 der Anlage 2 Buchstabe c Hämophilie ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose (F VIII bzw. F IX < 1% sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) 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 eLA 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: 20.09.2019)

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: 20.09.2019)

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: 20.09.2019)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person/ die Institution/ den Anzeigsteller 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 mit Zusatz-Weiterbildung
Hämostaseologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Innere Medizin und Hämatologie und
Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung
Hämostaseologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Transfusionsmedizin mit
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift der Teamleitung/
FA für Kinder- und Jugendmedizin mit
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Innere Medizin mit der
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie



(Stand: 20.09.2019)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person/ die Institution/ den Anzeigsteller 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 Innere Medizin und Hämatologie
und Onkologie mit der
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Transfusionsmedizin mit der
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des Kernteammitglieds/
FA für Kinder- und Jugendmedizin

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Allgemeinchirurgie³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe³

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: 20.09.2019)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person/ die Institution/ den Anzeigsteller 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- Ohrenheilkunde⁴

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Humangenetik⁴

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Innere Medizin und Gastroenterologie⁴

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

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Psychiatrie und Psychotherapie³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Psychosomatische Medizin und Psycho-
therapie³

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: 20.09.2019)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person/ die Institution/ den Anzeigsteller 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
Psychologischen Psychotherapeuten³

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden
ärztlichen Psychotherapeuten³

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

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie³

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

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Kinder- und Jugendmedizin mit der
Zusatz-Weiterbildung Kindergastroenterologie³

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: 20.09.2019)

Beigefügte Anlagen zur Anzeige:

- Anlage 1: Verpflichtungserklärungen (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

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 Zusatzweiterbildungsurkunden 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 23 - 26 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.

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)



(Stand: 20.09.2019)

- 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



(Stand: 20.08.2021)

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

Verpflichtungserklärung

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

Hämophilie

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.



(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



(Stand: 20.08.2021)

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

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

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

(Adresse des Tätigkeitsortes der Ausführung)

(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.



(Stand: 20.08.2021)

III. **Bei institutioneller Benennung hinzuzuziehender Fachärzte**

(Institution)

(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



(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. | Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V | Innere Medizin m. ZWB Hämostaseologie | Innere Medizin u. Hämatologie und Onkologie m. ZWB Hämostasiologie | Transfusionsmedizin m. ZWB Hämostasiologie | Orthopädie u. Unfallchirurgie | Kinder- und Jugendmedizin | Kinder- u. Jugendmedizin m ZWB Kinderhämostasiologie | Allgemeinchirurgie | Frauenheilkunde u. Geburtshilfe | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Humangenetik | Innere Medizin u. Gastroenterologie | Kinder- und Jugendmedizin m. ZWB Kindergastroenterologie | Laboratoriums-medicin | Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut | Psychiatrie und Psychotherapie | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut | Radiologie | |
|----------|--|---------------------------------------|---|--|-------------------------------|---------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------|-------------------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------------|---|--|--|------------|--------------------------|
| | | 1. | Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 3. | Koloskopie | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 4. | Laboratoriumsuntersuchungen | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 5. | 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"/> |
| 6. | Strahlendiagnostik und –therapie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. | MR-Angiographie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <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.



(Stand: 20.08.2021)

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 Anzeigstellers/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.



(Stand: 20.08.2021)

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
Hämophilie**

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:

Nachweis der Mindestmengen Hämophilie (Stand: 20.09.2019)

| | 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 (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) |
| | | 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 | | | | | | | |

Anlage 4:

Nachweis der Mindestmengen Hämophilie (Stand: 20.09.2019)

| | 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 (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) |
| | | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | Quartal/Jahr | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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.*