

**Anzeigeformular**  
**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen**  
**Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V**

**Erweiterter Landesausschuss Nordrhein**  
**Tersteegenstr. 3**  
**40474 Düsseldorf**

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom**

**gemäß der Anlage 2 k)**  
**der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V**  
**(ASV-RL) (Beschluss vom 22.01.2015, 17.12.2015, 16.03.2018)**

<b>1. Anzeige des Krankenhauses</b>		
1.1 Genaue Bezeichnung des Krankenhauses:		
1.2 Anschrift des Krankenhauses:		
1.3 Träger des Krankenhauses:		
1.4 Das Krankenhaus wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):		
1.5 Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigefügt:	Ja (Anlage zu 1.5)	Nein
1.6 Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen:	Ja	Nein
1.7 Feststellungs- bzw. Anerkennungsbescheid oder Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V ist beigefügt:	Ja (Anlage zu 1.7)	Nein
1.8 Institutskennzeichen (für die stationäre Versorgung):		
1.9 Das Krankenhaus ist befugt für die hier betroffenen Krankheitsbilder stationäre Leistungen zu erbringen:	Ja	Nein
1.10 Telefon:		
1.11 Fax:		

**Soweit mehrere Krankenhäuser gemeinsam die Teilnahme an der ASV anzeigen möchten, weil das Team gemeinsam gebildet wird, füllen Sie für weitere Krankenhäuser diese Seite bitte mehrfach aus.**

und / oder

## 2. Anzeigende Vertragsärzte/Vertragsärztinnen

Anzeigende Mitglieder des Teams (nur Teamleitung und Kernteam):

Für angestellte Ärzte muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Bitte machen Sie kenntlich, wer angestellt ist und wer Anstellender ist.

LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des Angestellten Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Bescheid des Zulassungsausschusses, aus dem sich die derzeitige Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergibt, ist als Anlage beigefügt,* bitte ankreuzen:
				Nein      Ja      (Anlage zu 2.1)
				Nein      Ja      (Anlage zu 2.1)
				Nein      Ja      (Anlage zu 2.1)
				Nein      Ja      (Anlage zu 2.1)
				Nein      Ja      (Anlage zu 2.1)

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

**Falls der Platz nicht ausreicht, um alle Teammitglieder anzuzeigen, füllen Sie diese Seite bitte mehrfach aus.**

und / oder

<b>3. Anzeige des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)</b>		
3.1 Name des MVZ:		
3.2 Anschrift des MVZ:		
3.3 Das MVZ wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):		
3.4 Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigefügt:	Ja (Anlage zu 3.4)	Nein
3.5 Bescheid des Zulassungsausschusses für Ärzte Nordrhein, aus dem sich die derzeitige Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergibt, ist als Anlage beigefügt,* bitte ankreuzen:	Ja (Anlage zu 3.5)	Nein
3.6 Telefon:		
3.7 Fax:		

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

**Soweit mehrere MVZ gemeinsam die Teilnahme an der ASV anzeigen möchten, weil das Team gemeinsam gebildet wird, füllen Sie für weitere MVZ diese Seite bitte mehrfach aus.**

#### 4. Konkretisierung der Erkrankung

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom (Nr. 1 der Anlage 2 k) der ASV-RL).

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- Q87.4 Marfan-Syndrom und
- verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen, die zur Aortenerweiterung mit einem Risiko der Aortendissektion führen können, z. B.:
  - Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta,
  - Loeys-Dietz-Syndrom

#### 5. Behandlungsumfang

Eine Darstellung der Leistungen, die im Allgemeinen zur Diagnostik und Behandlung erbracht werden, finden Sie unter Nr. 2 der Anlage 2 k) der ASV-RL. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der Anlage 2 k) der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 ASV-RL).

#### 6. Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Die erforderliche Zusammensetzung des Teams variiert je nachdem, ob Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen (Nr. 3.1 der Anlage 2 k) der ASV-RL).

Vorweg bitten wir daher zunächst um Angabe, ob Kinder und Jugendliche im Rahmen der ASV behandelt werden sollen:

Es sollen Kinder und Jugendliche behandelt werden

Ja

Nein

## 7. Angaben zur Teamleitung und zum Kernteam

### Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL (Nr. 3 der Anlage 2 k) der ASV-RL).

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

### 7.1 Angaben zum Teamleiter/zur Teamleiterin

Funktion:	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes	LANR (sofern vorhanden)	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
7.1.1 Teamleitung			Herzchirurgie	Facharzturkunde (Anlage zu 7.1.1)
<b>oder</b>				
7.1.2 Teamleitung			Innere Medizin und Kardiologie	Facharzturkunde (Anlage zu 7.1.2)  ggf. Urkunde über Schwer- punktbezeichnung (Anlage zu 7.1.2)
<b>oder</b>				

<b>7.1 Angaben zum Teamleiter/zur Teamleiterin</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes</b>	<b>LANR (sofern vorhanden)</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung</b>	<b>Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)</b>
	<b>oder sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</b>			
7.1.3 Teamleitung			Kinder- und Jugendmedizin  mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Facharzturkunde (Anlage zu 7.1.3)  Urkunde über Schwer- punktbezeichnung  (Anlage zu 7.1.3)

<b>7.2 Angaben zum Kernteam</b>				
<b>7.2.1 Mitglied(er) des Kernteams (Die Fachgruppe des Teamleiters muss nicht zusätzlich im Kernteam vorhanden sein.)</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes</b>	<b>LANR (sofern vorhanden)</b>	<b>Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung</b>	<b>Kopien der Urkunden über Facharzt- und Schwerpunktanerkennung oder Zusatzweiterbildung sind beigefügt (bitte ankreuzen)</b>
7.2.1.1 Teammitglied			Herzchirurgie	Facharzturkunde (Anlage zu 7.2.1.1)
<b>und</b>				
7.2.1.2 Teammitglied			Innere Medizin und Kardiologie	Facharzturkunde (Anlage zu 7.2.1.2)  ggf. Urkunde über Schwer- punktbezeichnung
<b>und</b>				
7.2.1.3 Teammitglied			Orthopädie und Unfallchirurgie	Facharzturkunde (Anlage zu 7.2.1.3)
<b>und sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</b>				
			Kinder und Jugendmedizin  und ggf. Schwerpunkt Kinderkardiologie	Facharzturkunde (Anlage zu 7.2.1.3)  Urkunde über Schwer- punktbezeichnung (Anlage zu 7.2.1.3)

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zum Kernteam gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**



<b>8. Benennung der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte</b> (Angaben sind zu allen Fachgruppen erforderlich. Mehrere Nennungen pro Fachgruppe sind möglich.)		
8.1 Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung/ Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
8.1.1	Augenheilkunde	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.1)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.1)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.1)
8.1.2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.2)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.2)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.2)

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

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**

8.1 Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung/ Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
8.1.3	Gefäßchirurgie	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.3)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.3)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.3)
8.1.4	Humangenetik	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.4)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.4)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.4)

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

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**

8.1 Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung/ Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
8.1.5	Innere Medizin und Pneumologie	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.5)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.5)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.5)
<b>Kann zusätzlich benannt werden, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</b>		
8.1.6	Kinder- und Jugendmedizin Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.6)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.6)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.6)

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

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**

8.1 Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung/ Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
8.1.7	Laboratoriumsmedizin	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.7)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.7)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.7)
8.1.8.1	Psychiatrie und Psychotherapie        <b>oder</b>	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.8.1)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.8.1)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.8.1)

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

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**

8.1 Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung/ Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
8.1.8.2	<b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.8.2)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.8.2)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.8.2)
8.1.8.3	<b>oder</b> Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeut/in	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.8.3)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.8.3)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.8.3)

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

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**

8.1 Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung/ Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
<b>Kann zusätzlich benannt werden, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</b>		
8.1.9.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.9.1)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.9.1)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.9.1)
8.1.9.2	<b>oder</b> Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut/in	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.9.2)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.8.2)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.9.2)

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

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**

8.1 Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung/ Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung	Beigefügte Belege (bitte ankreuzen)
8.1.10	Radiologie	Facharzturkunde* (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) (Anlage 1 zu 8.1.10)  Zulassungsbescheid* (Anlage 2 zu 8.1.10)  bei einem Krankenhaus: Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V (Anlage 3 zu 8.1.10)

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

**Soweit weitere Ärzte der genannten Fachrichtungen zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten gehören, füllen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach aus.**

8.2 Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte liegt für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung (§ 3 Abs. 2 Satz 8 ASV-RL) (falls zutreffend bitte ankreuzen):	Ja                      Nein
8.3 Falls unter 8.2 „Nein“ angekreuzt wurde: bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:	

<b>9. Sächliche und organisatorische Anforderungen nach Nr. 3.2 der Anlage 2 k) der ASV-RL:</b>	
9.1 <b>Es wird versichert</b> , dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (bitte ankreuzen):	
9.1.1 Soziale Dienste	
9.1.2 Physiotherapie	



## 10. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

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

Teammitglied/er des Kernteams (Name/n):

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

10.2 **Es wird versichert**, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme unter 10.1 in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist

Ja

Nein

10.3 Falls unter 10.2 „Nein“ angekreuzt wurde:

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

**Soweit die einzelnen Mitglieder des Teams an unterschiedlichen Tagen am Tätigkeitsort der Teamleitung Leistungen erbringen, benutzen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach unter Angabe, um welches Teammitglied / welche Teammitglieder es sich jeweils handelt.**

## 11. Mindestmengen

Das Kernteam muss nach 3.4. i.V.m. 1. der Anlage 2 k) der ASV-RL mindestens 50 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ in der Anlage 2 k) der ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ der Anlage 2 k) der ASV-RL näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss muss das Kernteam mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt haben. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

**Es wird versichert**, dass das Kernteam in den zurückliegenden zwölf Monaten insgesamt die angegebene Anzahl an Patientinnen bzw. Patienten der genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt hat.

Bitte geben Sie die Anzahl an: \_\_\_\_\_

## 12. Qualitätssicherung

12.1 Nach den §§ 3 Abs. 5, 4 Abs. 2 und 12 der ASV-RL gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (in der jeweils geltenden Fassung) in der ASV solange entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.

Bitte kreuzen Sie hier die in Frage kommende(n) Qualitätssicherungsvereinbarung(en) an.

Eine Übersicht der QS-Vereinbarungen finden Sie als Anlage zu diesem Anzeigeformular.

Qualitätssicherungsmaßnahmen zur medizinischen Rehabilitation

Langzeit-EKG-Untersuchungen

Herzschrittmacherkontrolle

Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Allgemeine Röntgendiagnostik

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie

Ultraschall-Vereinbarung

Interventionelle Radiologie

Invasive Kardiologie

Kernspintomographie-Vereinbarung (mit Gerätenachweis)

MR Angiographie

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

Ort	Namen der Anzeigenden	Unterschriften

**Sofern der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie diese Seite bitte mehrfach.**

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

**Es wird versichert**, dass die Teammitglieder

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

und

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

falls zutreffend bitte ankreuzen

<b>13. Folgendes ist mir bekannt:</b>	
13.1	Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116 b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
13.2	Die Leistungen, die im Rahmen der ASV vom Berechtigten erbracht werden können, sind im Appendix der jeweiligen Konkretisierung bzw. Anlage betreffend der jeweiligen Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 S. 2 ASV-RL).
13.3	Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31 a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren (§ 5 Abs. 3 Satz 2 ASV-RL).
13.4	Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Leistungserbringer können gegen Aufwendungsersatz die Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung von Leistungen der ASV beauftragen (§ 116 b Abs. 6 S. 1 SGB V).
13.5	Die Teilnahme an der ASV endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen oder krankenhausrechtlichen Zulassung oder dem Ende der Berechtigung des teilnehmenden Krankenhauses stationäre Leistungen zu erbringen. Das Ausscheiden bzw. das Ende der Teilnahme ist dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 S. 1 u. 2 ASV-RL).
13.6	Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten gegenüber dem erweiterten Landesausschuss ein neues Mitglied zu benennen. Bis dahin ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116 b SGB V unmittelbar nach Ablauf der sechs Monate nicht mehr vor; die Anzeige hierüber gegenüber dem erweiterten Landesausschuss hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen (§ 2 Abs. 3 S. 3 f. ASV-RL).
13.7	Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, die die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesgesellschaft zu melden (§ 3 Abs. 4 S. 2 f. ASV-RL).
13.8	Sollten Sie die Anforderungen der jeweils aktuellen ASV-RL nicht oder nicht mehr erfüllen, sind der erweiterte Landesausschuss, die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen unverzüglich zu informieren (§ 116 b Abs. 2 S. 8 SGB V).
13.9	Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.

13.10	Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen (§ 8 ASV-RL i.V.m. Nr. 4. der Anlage 2 k) zur ASV-RL).
13.11	Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL. Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren (§ 14 ASV-RL i.V.m. Nr. 3.3 der Anlage 2 k) zur ASV-RL).
13.12	Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).
13.13	Der erweiterte Landesausschuss kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass oder nach Ablauf von fünf Jahren nach der ersten Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss oder der letzten Überprüfung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt (§ 116 b Abs. 2 S. 9 SGB V).
13.14	Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach § 116b Abs. 2 SGB V auf Verlangen vorzulegen (§ 116 b Abs. 6 S. 10 SGB V).

<b>14. Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass</b>	
14.1	der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
14.2	die Zusammenarbeit in der ASV in einem interdisziplinären Team erfolgt und alle Absprachen zur Organisation der Zusammenarbeit des Teams entsprechend der ASV-RL erfolgt sind.
14.3	der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
14.4	die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus) (§ 3 Abs. 4 S. 1 ASV-RL).
14.5	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lediglich entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden sie nicht erbringen (§ 3 Abs. 4 S. 4 ASV-RL).
14.6	eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 S. 2 ASV-RL).
14.7	eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 S. 3 ASV-RL).
14.8	die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).
14.9	die mit diesem Formular gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.
14.10	ich als Anzeigender alle angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name und Anschrift sowie alle eingereichten Unterlagen von mir und allen weiteren Teammitgliedern unter Berücksichtigung des Datenschutzes eingeholt habe und diese ausschließlich im Einverständnis der Betroffenen weitergegeben habe. Weiterhin bestätige ich, dass der erweiterte Landesausschuss sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses diese Daten, die allein zum Zwecke der Bearbeitung der eingereichten Anzeige notwendig und erforderlich sind, im Rahmen der Anzeigebearbeitung speichern und verarbeiten dürfen.

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

**Bei Anzeige durch ein Krankenhaus:**

Ort, Datum	Name der/des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses	Unterschrift

**Bei Anzeige durch ein MVZ:**

Ort, Datum	Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ	Unterschrift



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

**Bei Anzeige von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen:**

Ort, Datum	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin	Unterschrift

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

Erweiterten Landesausschuss der Ärzte, Krankenkassen  
und Krankenhäuser für den Bereich Nordrhein

Tersteegenstr. 3

40474 Düsseldorf

Erweiterter Landesausschuss  
Tersteegenstr. 3  
40474 Düsseldorf

### **Einverständniserklärung**

**Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV Nordrhein bzw. beim Zulassungsausschuss für Ärzte Nordrhein vorliegenden Facharzneinachweise und Zulassungsunterlagen durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Nachweis der nach der ASV-Richtlinie geforderten Erfüllung sämtlicher personeller Voraussetzungen bin ich einverstanden.**

**Weiter bin ich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/-innen der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses meine bereits in anderen Anzeigeverfahren eingereichten Facharzneinachweise und Zulassungsunterlagen zu diesem Zweck einsehen dürfen.**

Ort, Datum	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin	Unterschrift

Anlage zum Anzeigeformular „Marfan-Syndrom“

Erweiterter Landesausschuss  
Tersteegenstr. 3  
40474 Düsseldorf

### Einverständniserklärung

**Namens und im Auftrag aller Mitglieder des anzeigenden ASV-Teams erkläre ich hiermit widerruflich unser Einverständnis zur Übermittlung von Ausfertigungen positiver Bescheide an die ASV-Servicestelle durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zwecks Verifizierung der Teilnahme unseres Teams an der ASV gegenüber der ASV-Servicestelle.**

- Hinweise:
- Die ASV-Servicestelle auf Bundesebene vergibt u.a. die für eine Abrechnung erforderliche ASV-Teamnummer.
  - Dieses Einverständnis entbindet nicht von einer Meldung Ihrer Teilnahme an der ASV bei der ASV-Servicestelle ([www.asv-servicestelle.de](http://www.asv-servicestelle.de); s. auch Merkblatt zum Anzeigeformular).

Ort, Datum	Name Teamleiter/in	Unterschrift

Anlage zum Anzeigeformular

Übersicht QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für das Marfan-Syndrom

**\*Hinweis: nicht alle angegebenen GOP können von den mit einem Kreuz gekennzeichneten Arztgruppen erbracht werden; es gelten die Vorgaben des Appendix der Anlage 2) der ASV-RL sowie die Leistungsbeschreibungen der im Appendix aufgeführten GOP des EBM.**

Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V	GOP EBM*	Herzchirurgie	Innere Medizin und Kardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Radiologie
QSV zur medizinischen Rehabilitation / gemäß den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	01611	X	X	X	X												
QSV Langzeit-EKG	04241, 04322, 13252, 13253		X		X					X							
Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle	04418, 13552		X		X												
Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen	32242 bis 32842	X	X	X	X							X					
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Allgemeine Röntgendiagnostik	34212 bis 34245	X	X	X	X			X		X	X						X
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie	34310-34351																X
Ultraschallvereinbarung	33000-33092	X	X	X	X	X	X	X		X	X						X
QSV zur interventionellen Radiologie	34283-34287							X									X
Invasive Kardiologie	34291-34292		X		X												X
Kernspintomographie-Vereinbarung (mit Gerätenachweis)	34410 - 34452																X
QSV MR Angiographie	34470-34492							X									X