

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

**Erweiterter Landesausschuss Nordrhein**  
**Tersteegenstr. 9**  
**40474 Düsseldorf**

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose**  
  
**gemäß der Anlage 1.2 a)**  
**der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL)**  
**(Beschluss vom 15.06.2023)**

**Allgemeine Hinweise:**

Diese Anzeige ist komplett ausgefüllt und mit allen beizufügenden Belegen, **eigenhändig unterschrieben, postalisch** an den erweiterten Landesausschuss der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser für den Bereich Nordrhein zu richten.

Alle beigefügten Dokumente können in Kopie eingereicht werden, eine beglaubigte Abschrift ist nicht erforderlich.

Die in diesem Formular verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen (§ 3 Abs. 3 S. 2 ASV-RL).

<b>1. Anzeige des Krankenhauses</b>		
1.1.	Genauere 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 <input type="checkbox"/>
1.6.	Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen:	Ja <input type="checkbox"/>
1.7.	Feststellungs- bzw. Anerkennungsbescheid oder Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V ist beigefügt:	Ja <input type="checkbox"/>
1.8.	Institutskennzeichen (für die stationäre Versorgung):	
1.9.	Das Krankenhaus ist befugt für die hier betroffenen Krankheitsbilder stationäre Leistungen zu erbringen:	Ja <input type="checkbox"/>
1.10.	Telefon:	
1.11.	Fax:	
<b>Soweit mehrere Krankenhäuser gemeinsam die Teilnahme an der ASV anzeigen möchten, füllen Sie für weitere Krankenhäuser diese Seite bitte mehrfach aus.</b>		

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.

Bescheid des  
Zulassungsausschusses, aus  
dem sich die derzeitige  
Teilnahme an der  
vertragsärztlichen Versorgung  
ergibt, ist als Anlage beigelegt

LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>
LANR	Titel, Name, Vorname	für die Teilnahme des <u>Angestellten</u> Titel, Name, Vorname, LANR	Adresse des Vertragsarztsitzes/ Telefon/Fax	Ja <input type="checkbox"/>

**Falls der Platz nicht ausreicht, um alle anzeigenden Vertragsärzte anzugeben, 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. Träger des MVZ:	
3.4. Das MVZ wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):	
3.5. Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigefügt:	Ja <input type="checkbox"/>
3.6. Der Bescheid des Zulassungsausschusses für Ärzte Nordrhein, aus dem sich die derzeitige Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergibt, ist als Anlage beigefügt:	Ja <input type="checkbox"/>
3.7. Telefon:	
3.8. Fax:	
<b>Soweit mehrere MVZ gemeinsam die Teilnahme an der ASV anzeigen möchten, füllen Sie für weitere MVZ diese Seite bitte mehrfach aus.</b>	

#### 4. Konkretisierung der Erkrankung

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen. (Nr. 1 der Anlage 1.2 a) der ASV-RL)

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

G35.- Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)

G36.- Sonstige akute disseminierte Demyelinisation

G37.- Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

#### 5. Behandlungsumfang

Eine Darstellung der Leistungen, die im Allgemeinen zur Diagnostik und Behandlung erbracht werden, finden Sie unter Nr. 2 der Anlage 1.2 a) der ASV-RL. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der Anlage 1.2 a) der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 ASV-RL).

#### 6. Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Die mögliche Zusammensetzung des Teams variiert je nachdem, ob Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen (Nr. 3.1 der Anlage 1.2 a) 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. Allgemeine Hinweise zur Qualitätssicherung

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

Auf der letzten Seite dieses Formulars finden Sie eine Übersicht, welche Qualitätssicherungen nach § 135 Absatz 2 SGB V oder nach § 4a ASV-RL nachzuweisen sind.

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

**Personelle Anforderungen:**

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

**8. Teamleitung****8.1. Neurologie**

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

- Facharzturkunde
- ggf. Schwerpunktانerkennung
- ggf. Zusatzbezeichnung

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei namentlicher Benennung sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

- Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**
- Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**
- Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**
- Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

**ODER**

## ODER

<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</b>
<b>8.2. Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie</b>
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
<b>Erforderliche Nachweise:</b> (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
<p><u>Hinweis:</u> Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei namentlicher Benennung sind durch <b>einen</b> der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.</p>
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie <b>hier</b>

<b>9. Kernteam</b>
<b>9.1. Neurologie</b>
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
<b>Erforderliche Nachweise:</b> (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktenerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
<u>Hinweis:</u> Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei namentlicher Benennung sind durch <b>einen</b> der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie <b>hier</b>

**UND**



UND

<b>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</b>
<b>9.2. Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie</b>
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
<b>Erforderliche Nachweise:</b> (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<u>Hinweis:</u> Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung
<input type="checkbox"/> ggf. Zusatzbezeichnung
<u>Hinweis:</u> Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei namentlicher Benennung sind durch <b>einen</b> der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie <b>hier</b>

UND

**10. Hinzuzuziehende Fachärztinnen / Fachärzte**

sind namentlich oder institutionell zu benennen (Angaben sind zu allen Fachgruppen erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.):

**10.1. Augenheilkunde**

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktenerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

**bei persönlicher Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

**ODER bei institutioneller Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

**UND**

## UND

### 10.2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

**bei persönlicher Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

**ODER bei institutioneller Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

## UND

**UND**

**10.3. Innere Medizin und Kardiologie**

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

**bei persönlicher Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

**ODER bei institutioneller Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

**UND**

**UND**

<b>10.4. Laboratoriumsmedizin</b>
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
<b>Erforderliche Nachweise:</b> (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktانerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
<u>Hinweis:</u> Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch <b>einen</b> der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
<b>bei persönlicher Benennung</b> (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie <b>hier</b>
<b><u>ODER</u> bei institutioneller Benennung</b> (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

**UND**

**10.5. Psychiatrie und Psychotherapie** **ODER Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** **ODER Psychologische ODER Ärztliche Psychotherapie** 

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.) Facharzturkunde ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

**bei persönlicher Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.) Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder** Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder** Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder** Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier****ODER bei institutioneller Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.) Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder** fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder** Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

## UND

### 10.6. Radiologie

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

**bei persönlicher Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

**ODER bei institutioneller Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

## UND

**10.7. Urologie**

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.) Facharzturkunde ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

Hinweis: Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

**bei persönlicher Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.) Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder** Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder** Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder** Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier****ODER bei institutioneller Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.) Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder** fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder** Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)



**UND ggf.**

<b>Kann zusätzlich benannt werden:</b>
<b>10.8. Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie</b>
Titel, Name, Vorname:
ggf. Institut / Krankenhaus:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
<b>Erforderliche Nachweise:</b> (Bitte als einfache <u>Kopien</u> beifügen.)
<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
<input type="checkbox"/> ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid <u>oder</u> Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V
<u>Hinweis:</u> Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch <b>einen</b> der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.
<b>bei persönlicher Benennung</b> (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie <b>hier</b>
<b><u>ODER</u> bei institutioneller Benennung</b> (Bitte als einfache Kopien beifügen.)
<input type="checkbox"/> Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) <b>oder</b>
<input type="checkbox"/> Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

**UND ggf.**

**UND ggf.**

**Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:**

**10.9. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

**UND / ODER Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

**UND / ODER Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie**

Titel, Name, Vorname:

ggf. Institut / Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**Erforderliche Nachweise:** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Facharzturkunde

ggf. Schwerpunktanerkennung und/oder ggf. Zusatzbezeichnung

Zulassungsbescheid oder Feststellungsbescheid gem. § 108 SGB V

**Hinweis:** Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind durch **einen** der entsprechenden Nachweise zu belegen. Bitte treffen Sie eine Auswahl und fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei. Die für Ihre Fachgruppe in Frage kommenden Qualitätsanforderungen können Sie dem Appendix entnehmen. Sofern für diese Fachrichtung aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gilt § 135 Abs. 2 SGB V weiterhin entsprechend. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall ergänzend und/oder die entsprechende Seite des Formulars.

**bei persönlicher Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Genehmigung der KV nach § 135 Abs. 2 SGB V (§ 4a (3) b) ASV-RL) **oder**

Befugnis der Weiterbildung (§ 4a (3) c) ASV-RL) **oder**

Tätigkeit gem. Zentrumsregelung gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (3) d) ASV-RL) **oder**

Qualitätsanforderungen gem. Anhang (§ 4a (3) a) ASV-RL); die Anlage zum Anhang finden sie **hier**

**ODER bei institutioneller Benennung** (Bitte als einfache Kopien beifügen.)

Zugelassene Weiterbildungsstätte (§ 4a (4) a) ASV RL) **oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit (§ 4a (4) b) ASV RL) **oder**

Zentrum oder Schwerpunkt gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 4a (4) c) ASV RL)

**11. Sächliche und organisatorische Anforderungen gem. der Anlage 1.1 a) Nr. 3.2 a) ASV-RL :**

**Es wird versichert**, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

<b>11.1.1. ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege</b>	<input type="checkbox"/>
<b>11.1.2. Ergotherapie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>11.1.3. Logopädie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>11.1.4. Physiotherapie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>11.1.5. Soziale Dienste</b>	<input type="checkbox"/>

**11.2. 24-Stunden-Notfallversorgung gem. der Anlage 1.1 a) Nr. 3.2 b) ASV-RL**

**Es wird versichert**, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen bzw. Ärzte besteht (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

<b>11.2.1. Neurologie</b>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------

**11.3. Diagnostik und Behandlung gem. der Anlage 1.1 a) Nr. 3.2 c) und d) ASV-RL**

**Es wird versichert**, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

<b>11.3.1.</b> Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten bereitgehalten werden.	<input type="checkbox"/>
<b>11.3.2.</b> die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht und die Intensivstation in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist.	<input type="checkbox"/>

## 12. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

**12.1.** 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:

Titel, Name, Vorname

im Kernteam benannt als:

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

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

Ja  Nein

**12.3. Es wird versichert**, dass der Tätigkeitsort der **hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte** für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung liegt:

Ja  Nein

Falls unter 14.2 oder 14.3 „Nein“ angekreuzt wurde,  
geben Sie bitte an, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen **nicht** zutrifft:

### 13. Mindestmengen

Das Kernteam muss nach Nr. 3.4 i.V.m. Nr. 1. der Anlage 1.2 a) Tumorgruppe 1 der ASV-RL mindestens **120 Patientinnen und Patienten** der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit 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 in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteam im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen 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 müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

**Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten Multipler Sklerose**, dass das Kernteam in den zurückliegenden vier Quartalen insgesamt die angegebene Anzahl an Patientinnen bzw. Patienten der unter

„1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.

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

**14. Qualitätssicherung gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

Sofern für die vorstehenden Fachrichtungen aktuell noch nicht alle leistungsspezifischen Anforderungen gemäß § 4a ASV-RL durch den G-BA festgelegt wurden, gelten die für diese Leistung relevanten QS-Anforderungen aus den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V solange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurden.

Bitte kreuzen Sie hier die in Frage kommende(n) Qualitätssicherungsvereinbarung(en) für die Teamleitung, das Kernteam und die hinzuzuziehenden Fachärzte gem. § 135 Abs. 2 SGB V an.

**Name, Vorname:****Fachrichtung:**

- Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle
- Vereinbarung zur invasiven Kardiologie
- Kernspintomographie-Vereinbarung
- Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor
- Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie
- Ultraschall-Vereinbarung

**14.1. 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, bis diese ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen werden.

**14.2. Es wird versichert,** dass sich die Teammitglieder zusätzlich gem. § 12 Satz 3 der ASV-RL an den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135 a SGB V in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend einhalten.

**Ort, Datum****Unterschrift**

## 15. Folgendes ist mir bekannt:

- 15.1.** Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116 b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
- 15.2.** 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).
- 15.3.** 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).
- 15.4.** 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).
- 15.5.** Die Teilnahme an der ASV endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen oder krankenhausrrechtlichen 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)
- 15.6.** 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).
- 15.7.** 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 Landeskrankengesellschaft zu melden (§ 3 Abs. 4 S. 2 f. ASV-RL).
- 15.8.** Sollten Sie die Anforderungen der jeweils aktuellen ASV-RL nicht oder nicht mehr erfüllen, ist dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunktes ihres Wegfalls gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sowie die Krankengesellschaft Nordrhein-Westfalen sind unverzüglich zu informieren (§ 116 b Abs. 2 S. 8 SGB V).
- 15.9.** Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.

**15.10.** Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.  
(§ 8 ASV-RL i.V.m. 4. der Anlage 1.2 a) zur ASV-RL).

**15.11.** Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL. Die Dokumentation stellt die Zuordnung der Leistungen zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicher. Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht. (§ 14 ASV-RL).

Nr. 3.3 der Anlage 1.2 a) der ASV-RL lautet:

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren..

**15.12.** Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen  
(§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).

**15.13.** 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).

**15.14.** 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 Satz 10 SGB V).

**15.15.** Es können ausschließlich Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr im Rahmen der Teilnahme an der ASV im Zusammenhang mit den hier betroffenen Indikationen behandelt werden.



<b>16. Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass</b>
<b>16.1.</b> der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
<b>16.2.</b> 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.
<b>16.3.</b> der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
<b>16.4.</b> die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus) (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
<b>16.5.</b> Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lediglich entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden sie nicht erbringen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
<b>16.6.</b> eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
<b>16.7.</b> eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
<b>16.8.</b> die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).
<b>16.9.</b> 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.

## 17. Unterschriften der Anzeigenden

### Bei Anzeige durch ein Krankenhaus (siehe Seite zwei):

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

### Bei Anzeige durch Vertragsärzte/Vertragsärztinnen (siehe Seite drei):

Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift
Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift
Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift

### Bei Anzeige durch ein MVZ (siehe Seite vier):

Ort, Datum	Name, Vorname der Vertretungsberechtigten des MVZ	Unterschrift
Ort, Datum	Name, Vorname der Vertretungsberechtigten des MVZ	Unterschrift

### 18. Erläuterungen bzgl. der für das Team nachzuweisenden Qualitätssicherungsanforderungen

Für folgende Qualitätssicherungen sind entweder Nachweise gem. § 135 Abs. 2 SGB V oder § 4 a ASV-RL einzureichen.  
Eine Übersicht für welche Qualitätssicherungen welche Rechtsgrundlage gilt, finden Sie auf der folgenden Seite.

<b>Folgende Qualitätssicherungen sind gem. Appendix für das Team vorzuhalten:</b>	<b>Der Nachweis erfolgt gem. § 135 Abs. 2 SGB V  durch Unterschrift auf den folgenden Seiten des Formulars</b>	<b>Der Nachweis erfolgt gem. § 4a ASV-RL  durch die gewählte Auswahl auf den Seiten der zu benennenden Teammitglieder</b>	<b>Bitte kontrollieren Sie, dass für jede Fachrichtung für mindestens einen Arzt / eine Ärztin die entsprechenden Nachweise der in Betracht kommenden Qualitätssicherungen vorliegen</b>
Allgemeine Röntgendiagnostik		<b>X</b>	<input type="checkbox"/>
Computertomographie		<b>X</b>	<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle	<b>X</b>		<input type="checkbox"/>
Vereinbarung zur invasiven Kardiologie	<b>X</b>		<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie-Vereinbarung	<b>X</b>		<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor	<b>X</b>		<input type="checkbox"/>
Langzeit-EKG		<b>X</b>	<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie	<b>X</b>		<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin		<b>X</b>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Vereinbarung	<b>X</b>		<input type="checkbox"/>