



Stand: 11.07.2025

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**

**Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
Blutbildung**

*(§ 116b SGB V i.V.m. § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen  
Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der  
Blutbildung ASV-RL)*

**Angaben zum Anzeigesteller:**

Krankenhaus\*     Vertragsarzt     Medizinisches Versorgungszentrum/  
Einrichtung nach § 402 Absatz 2 SGB V

**Anzeigesteller:**  
(Vorname, Name)

Name der Einrichtung:

Straße/Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

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

Ja

Nein

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



(Stand: 11.07.2025)

## 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).

Voraussetzung zur Teilnahme an der ASV von Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung der ASV-RL ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung (ASV-Kooperation) mit dem jeweils anderen Versorgungssektor (§ 10 Absatz 1 Sätze 1 und 2 ASV-RL). Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden (§ 10 Absatz 1 Satz 3 ASV-RL).



**Dem erweiterten Landesausschuss (eLA) Berlin wird die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation – soweit sie zustande gekommen ist – mit einem seine Teilnahme als ASV-Kooperationspartner anzeigenden Leistungserbringer vorgelegt.\***

Ja

Nein

### Hinweis:

Die vorzulegende ASV-Kooperationsvereinbarung muss für den eLA Berlin aussagekräftige, möglichst konkrete Regelungen treffen zur Umsetzung folgender in § 10 Absatz 3 ASV-RL aufgeführten Anforderungen:

- a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und der jeweiligen Qualifikationen;
- c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation konnte nicht abgeschlossen werden, da gemäß § 116b Absatz 4 Satz 11 SGB V in 30-minütiger Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung

kein geeigneter ASV-Kooperationspartner mit einer Facharztkompetenz aus dem Kernteam vorhanden ist.

trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten kein zur ASV-Kooperation geeigneter Leistungserbringer gefunden werden konnte.



**Dem eLA Berlin sind geeignete Nachweise – z.B. Schriftverkehr zwischen Mitgliedern des Kernteams und möglichen ASV-Kooperationspartnern – zur Glaubhaftmachung vorzulegen.**

\* Angaben zum ASV-Kooperationspartner können Sie auf Seite 7 dieses Formulars machen.



(Stand: 11.07.2025)

## **1.1 Personelle Anforderungen**

Die Versorgung der Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam, ggf. einem oder mehreren ASV-Kooperationspartner(n) und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten zusammensetzt (§ 3 Absatz 2 Satz 1 ASV-RL).

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

**Als Nachweis ist eine Selbsterklärung für jedes Mitglied des interdisziplinären Teams über die bisher gesammelten Erfahrungen (z.B. aufgrund von bisher ausgeübten Tätigkeiten in diesem Indikationsbereich) beigefügt. Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte gibt die fachliche Leitung der Institution die Erklärung für diese Ärzte ab. Hierzu können Sie den erstellten Vordruck (Anlage 3 a und b) verwenden.**

- 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. Hierzu können Sie den erstellten Vordruck (Anlage 3 a und b) verwenden.**

- c) Die Mitglieder des Kernteams 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 Satz 6 ASV-RL.

**Als Nachweis ist eine Selbsterklärung über die Tätigkeitsorte für jedes Mitglied des Kernteams mit der Angabe der Anschrift, der Entfernung und der Fahrtzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung beigefügt. Hierzu können Sie den erstellten Vordruck (Anlage 3 a) verwenden.**





(Stand: 11.07.2025)

---

- d)** Die bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte sind verpflichtet, die direkt an dem Patienten zu erbringenden Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen; maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teamleitung - § 3 Absatz 2 Satz 8 ASV-RL. (Aufgrund des Beschlusses des EA des eLA Berlin vom 16.09.2024 gelten alle Tätigkeitsorte von Mitgliedern der dritten Ebene des Behandlungsteams im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin als angemessen entfernt vom Tätigkeitsort der Teamleitung.)



**Als Nachweis ist eine Selbsterklärung über die Tätigkeitsorte für jedes Mitglied der dritten Ebene des Behandlungsteams 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 die fachliche Leitung die Erklärung für diese Ärzte ab. Hierzu können Sie den erstellten Vordruck (Anlage 3 a und b) verwenden.**



(Stand: 11.07.2025)



## **Qualifikationen des ASV-Teams:**

### **I. Teamleitung**

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

### **II. Kernteam**

Auf der zweiten Ebene müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und
- Strahlentherapie

**Neben** den Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie dürfen auch Fachärzte für

- Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“,

**denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erteilt wurde, an der ASV teilnehmen.** (Die Genehmigung ist vorzulegen; soweit diese Genehmigung von der KV Berlin erteilt worden ist, können Sie in der Tabelle für Kernteammitglieder – Anlage 5 - Ihr Einverständnis zur Weiterleitung dieser Genehmigung von der KV Berlin an den eLA Berlin erklären.)

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

### **III. Hinzuzuziehende Fachärzte**

Auf der dritten Ebene müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Allgemein- und/oder Viszeralchirurgie und
- Anästhesiologie und
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und/oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und
- Haut- und Geschlechtskrankheiten und
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie und
- Innere Medizin und Gastroenterologie und
- Innere Medizin und Kardiologie und
- Innere Medizin und Nephrologie und
- Laboratoriumsmedizin und
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und
- Neurologie und
- Nuklearmedizin und



(Stand: 11.07.2025)

---

- Pathologie und
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut und
- Radiologie

Zusätzlich können folgende Fachgruppen benannt werden:

- Neurochirurgie
- Transfusionsmedizin

vertreten sein.

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



(Stand: 11.07.2025)

### Zusatzqualifikation Palliativmedizin

Ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ verfügen.

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Tätigkeitsort)

Nachweis ist beigelegt

### **Bei Vorlage einer ASV-Kooperationsvereinbarung:**

Die Qualifikation des ASV-Kooperationspartners muss diesen dazu berechtigen, als Kernteammitglied an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilzunehmen; d. h. er muss eine kernteamfähige fachärztliche Befähigung nachweisen und die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen erfüllen.

\_\_\_\_\_  
(Institution)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Kooperationspartners)

\_\_\_\_\_  
(Adresse der Institution / des Kooperationspartners)

\_\_\_\_\_  
(Facharztkompetenz)

BSNR/IK: \_\_\_\_\_ LANR<sup>1</sup> \_\_\_\_\_



***Sollten weitere Personen zur ASV-Kooperation gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere ASV-Kooperationspartner“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 2 bei.***

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



(Stand: 11.07.2025)

## **1.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen**

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

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

Ja

Nein

#### **Hinweis:**

Barrierefreiheit ist gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL anzustreben.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) [www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Barrieren\\_Abbauen.pdf](http://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: 11.07.2025)

**1.2.2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen**

(§ 4 Absatz 1 Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 10  
Gliederungspunkt 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 Vereinbarung.)**:

- ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patienten oder der Zusatzqualifikation „onkologische Pflege“)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

- Psychotherapie

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

- Referenzpathologie

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

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

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

- Zahnheilkunde

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)



(Stand: 11.07.2025)

b) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht **(Hierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung – bitte Nachweise beifügen.)**:

- Transfusionsmedizin, sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im ASV-Team vorhanden ist.

---

*(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

d) die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegekräfte mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen sollen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

e) zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorzustellen ist, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. (Ausnahmen sind in einer SOP [standard operating procedures] festzulegen. Die Teilnehmer und Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz sind zu dokumentieren.)

f) dem Patienten das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen darzulegen ist.

g) die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt.

h) eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende oder an Feiertagen zur Verfügung steht.

i) für immundefiziente Patienten geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.



(Stand: 11.07.2025)

- j) infektiöse Patienten in gesonderten Räumen ohne Kontakt zu anderen Patienten untersucht und behandelt werden können.
- k) eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumorthherapie benötigten Wirkstoffe erfolgt.
- l) eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten werden.
- m) Notfallpläne (SOP) und für Reanimationen und für sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patienten bereitgehalten werden.
- n) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.
- o) stationäre Notfalloperationen möglich sind.
- p) dem Patienten industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „*Blaue Reihe*“ der Deutschen Krebshilfe, *Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen*) über seine Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt wird.
- q) eine Registrierung der Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des Landes Berlin erfolgt.



(Stand: 11.07.2025)

---

### **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: 11.07.2025)

#### **1.4 Anforderungen an die Dokumentation**

(§§ 14, 15 Satz 2 Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10  
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 hinzugezogenen Fachärzte,
- dass die Befunde (einschließlich der Diagnose nach dem ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages dokumentiert werden,
- dass die Information des Patienten gemäß § 15 Satz 2 ASV-RL dokumentiert wird und
- dass die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenzen dokumentiert werden.

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: 11.07.2025)

## 1.5 Erfüllung der Mindestmengen (Mindestbehandlungszahlen)

(§ 11 Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10 Gliederungspunkt 3.4 ASV-RL)

### 1.5.1 Kernteambezogene Mindestmengen

Die Mitglieder des Kernteams und die Teamleitung versichern, dass das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) in den letzten vier Quartalen vor der ASV-Anzeige mindestens **90 Patienten** der unter dem Gliederungspunkt 1 der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10 ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt hat.



Der Nachweis der Mindestmengen ist durch geeignete Bescheinigungen oder durch Patientenverzeichnisse unter Angabe von Patientenpseudonymen, des Alters des Patienten (mindestens 18 Jahre), des Behandlungszeitraums und der Diagnose zu belegen und vom Nachweisenden zu unterzeichnen. Die als Anlage 1 a zu diesem Anzeigeformular beigefügte Tabelle kann zur Nachweisführung genutzt werden.

### 1.5.2 Mindestmengen des onkologisch besonders qualifizierten Facharztes

Die Mitglieder des Kernteams und die Teamleitung versichern,

- dass mindestens ein **Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** durchschnittlich
  - **120 Patienten** mit soliden oder hämatologischen Neoplasien,
  - **darunter 70 Patienten**, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden,
  - **davon 15 Patienten** mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung

pro Quartal und Facharzt betreut.



Der Nachweis der facharztbezogenen Mindestmengen ist durch geeignete Bescheinigungen oder durch Patientenverzeichnisse unter Angabe von Patientenpseudonymen, des Alters des Patienten (mindestens 18 Jahre), der Diagnosen und der angewandten Therapieformen zu belegen und vom Nachweisenden zu unterzeichnen. Die als Anlage 1 b 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.



(Stand: 11.07.2025)

Für die Berechnung der quartalsweise zu erbringenden arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.

**Hinweise zur Unterschreitung der Mindestmengen:**

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

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

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



(Stand: 11.07.2025)

---

## **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: 11.07.2025)

### **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: 11.07.2025)

#### **4. Unterschrift**

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

Als Anzeigesteller ist mir bekannt,

- dass für die Erbringung und Abrechnung qualitätsgesicherter Leistungen im Rahmen der ASV-Berechtigung leistungsspezifische Qualitätsanforderungen gelten und die Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen vorausgesetzt wird.
- dass für Leistungen, die noch nicht in ein leistungsspezifisches Kapitel überführt wurden, die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 135 Absatz 2 SGB V weiterhin entsprechend gelten.
- 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).

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 des Anzeigestellers**

**Unterschrift**



(Stand: 11.07.2025)

---

**Beigefügte Anlagen zur Anzeige:**

Anlage 1a/1b:	tabellarische Dokumentation der erforderlichen Mindestmengen
Anlage 2:	Ergänzungstabelle für weitere ASV-Kooperationen
Anlage 3a/3b:	Vordrucke für die Selbsterklärungen der Mitglieder des ASV-Teams (namentlich 3a und institutionell 3b)
Anhang zu 3a/3b:	Erklärung zur Qualitätssicherung
Anlage 4:	Empfangsvollmacht

**Außerdem sind beizufügen:**

- Kopien der Approbationsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte
- Kopien der Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte:
  - **Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift in der Selbsterklärung (Anlage 3a) 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)
- Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung** (Art. 18 EU-DSGVO)



(Stand: 11.07.2025)

- **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](mailto: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](mailto: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](mailto:mailbox@datenschutz-berlin.de)

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

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

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

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

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

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
127							
128							
129							
130							
131							
132							
133							
134							
135							
136							
137							
138							
139							
140							
141							
142							
143							
144							
145							
146							
147							
148							
149							
150							
151							

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
152							
153							
154							
155							
156							
157							
158							
159							
160							
161							
162							
163							
164							
165							
166							
167							
168							
169							
170							
171							
172							
173							
174							
175							
176							
177							

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
178							
179							
180							
181							
182							
183							
184							
185							
186							
187							
188							
189							
190							
191							
192							
193							
194							
195							
196							
197							
198							
199							
200							
201							
202							
203							

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

	1	2	3	4	5	6	8
Nr.	Behandlung erfolgte durch das/die Kernteammitglied/er (Name)	Behandlungszeitraum (letzte 4 Quartale vor Anzeigestellung, bitte in roter Markierung Quartale benennen und zutreffendes Quartal ankreuzen)				Chiffre-Nr./ID des Patienten	gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
230							
<b>Gesamtzahl der behandelten Patienten, <math>\Sigma</math></b>							

















## Anlage 2 – Ergänzungstabelle für weitere ASV-Kooperationspartner

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand: 11.07.2025)

Facharztqualifikation des Kooperationspartner	Titel, Vorname, Name Anschrift der Institution (Praxis- /Krankenhausanschrift)	LANR/BSNR des Vertragsarztes  Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK)	Unterschrift des Kooperationspartners	Kooperationsvereinbarung ist beigefügt
				<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 3a

### **Selbsterklärung zum Nachweis der Erfüllung der personellen Anforderungen für die Mitglieder des ASV-Teams (namentliche Benennung)**

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

Name: .....

Angezeigtes Fachgebiet: .....

- Nachweise sind beigelegt
- Nachweise dürfen von der KV Berlin beigelegt werden

Genaue Bezeichnung der Praxis/des Krankenhauses/des MVZ: .....

Tätigkeitsort: .....

Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung (in km und min): .....

BSNR/IK: ..... LANR: .....

#### **1. Indikationsspezifische Erfahrung**

In meiner bisherigen fachärztlichen Tätigkeit habe ich ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit der Indikation Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung sammeln können. Diese Erfahrung habe ich durch folgende Tätigkeiten erworben: *(Bitte tragen Sie hier die Bezeichnung und Zeiträume Ihrer bisher ausgeübten Tätigkeiten ein; max. 3 Stationen.)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Außerdem nehme ich regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.



Stand: 11.07.2025

---

## **2. Sprechstunde (nur für Kernteammitglieder)**

Ich verpflichte mich, die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubieten.

Leistungen nach § 3 Absatz 2 Satz 5 ASV-RL sind hiervon ausgeschlossen. Bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an:

- Meine Leistungen sind an immobile Apparate gebunden.
- Meine Leistungen beschränken sich auf die Aufbereitung und die Untersuchung von entnommenen Untersuchungsmaterial.

## **3. Verpflichtungserklärung**

Als Mitglied des ASV-Teams

- 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,
- verpflichte ich mich, die für mich geltenden leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gemäß § 4a ASV-RL an dem eigenen Tätigkeitsort zu erfüllen (maßgeblich ist die Konkretisierung im Anhang zur Anlage 3a).

## **4. Unterschrift**

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

---

**Ort, Datum**

**Name, Vorname in Blockschrift**

**Unterschrift**



(Stand: 11.07.2025)

---

Name: .....

Angezeigtes Fachgebiet: .....

### **Erklärung zur Qualitätssicherung (QS)**

Mit Einfügung des § 4a ASV-RL und dem leistungsspezifischen Anhang überträgt der G-BA die QS-Anforderungen nach § 135 Absatz 2 SGB V leistungsbezogen in die ASV-Richtlinie. Die Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen ist eine Teilnahmevoraussetzung im Sinne von § 116b Absatz 2 SGB V. Es sind jeweils Qualitätsanforderungen für diejenigen Leistungen anzuzeigen, welche im anlagespezifischen Appendix zugeordnet wurden und für die Qualitätsanforderungen nach § 135 Absatz 2 SGB V vorlagen. Für Leistungen, die noch nicht in ein leistungsspezifisches Kapitel überführt wurden, gelten die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 135 Absatz 2 SGB V weiterhin entsprechend.

#### **1.1. entsprechend § 135 Absatz 2 SGB V**

Ich erfülle die Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur (bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an)

- Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten**
- Schmerztherapie**
- Erbringung der speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin**
- Interventionelle Radiologie**
- Invasive Kardiologie**
- Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie**
- MR-Angiographie**
- PET, PET/CT**
- Ultraschalldiagnostik**

Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.\*

---

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



(Stand: 11.07.2025)

---

**1.2. gemäß § 4a Absatz 3 ASV-RL**

a) Ich erfülle die Anforderungen an die fachliche Befähigung entsprechend der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen des Anhangs zu § 4a ASV-RL (*bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an*)

➤ **für Langzeit-EKG:**

Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin

➤ **für die allgemeine Röntgendiagnostik:**

Facharztbezeichnung Radiologie

**oder**

Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst und Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit oder Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nr. 4 Strahlenschutzgesetz oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 Strahlenschutzgesetz.

➤ **für die Computertomographie:**

Facharztbezeichnung Radiologie

➤ **für Strahlentherapie:**

Facharztbezeichnung Strahlentherapie

➤ **für Nuklearmedizin:**

Facharztbezeichnung Nuklearmedizin

➤ **für Koloskopie:**

**1. fachliche Anforderung**

Facharztbezeichnung Innere Medizin und Gastroenterologie

**oder**

Facharztbezeichnung Allgemeinchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und



(Stand: 11.07.2025)

50 Polypektomien innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme bei den erweiterten Landesausschüssen

Nachweise sind beigefügt.

**oder**

Facharztbezeichnung Viszeralchirurgie und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht und jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien innerhalb von zwei Jahren vor Anzeige der Teilnahme bei den erweiterten Landesausschüssen

Nachweise sind beigefügt.

**und**

## **2. Anforderung an die Hygienequalität**

Ich versichere, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßige, geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope durchgeführt werden. Diese erfolgen durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin oder einen Facharzt bzw. eine Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene.

**oder**

b) Ich erfülle die folgende leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V aufgrund einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (*bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an*):

- Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten**
- Schmerztherapie**
- Erbringung der speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin**
- Interventionelle Radiologie**
- Invasive Kardiologie**
- Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie**
- MR-Angiographie**
- PET, PET/CT**
- Ultraschalldiagnostik**

Nachweise sind beigefügt

Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden



(Stand: 11.07.2025)

---

**oder**

c) Ich verfüge über eine Befugnis zur Weiterbildung für folgende Facharztbezeichnung, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung

**im Gebiet Innere Medizin**

**Radiologie**

**Strahlentherapie**

**Nuklearmedizin**

Nachweise sind beigelegt

Nachweise dürfen von der KV Berlin beigelegt werden

**oder**

d) Ich erbringe die Leistungen für

**Langzeit-EKG**

**Koloskopie**

**die allgemeine Röntgendiagnostik**

**Computerthomographie**

**Strahlentherapie**

**Nuklearmedizin**

in einer Einrichtung, welche die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt.

Nachweise sind beigelegt



Stand: 11.07.2025

---

## **Anlage 3b**

### **Selbsterklärung zum Nachweis der Erfüllung der personellen Anforderungen für die institutionelle Benennung**

#### **1. Angaben zu der Institution**

Institution: .....

Adresse: .....

BSNR/IK-Nr.: .....

angezeigtes Fachgebiet: .....

Tätigkeitsort: .....

Entfernung zum Tätigkeitsort der Teamleitung (in km und min): .....

#### **2. Indikationsspezifische Erfahrung**

Ich

.....

(Name der fachlichen Leitung der angezeigten Institution)

versichere hiermit, dass die in der angezeigten Institution angestellten Fachärzte für

.....

(Fachgebiet)

über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit der Indikation Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung verfügen.

#### **3. Verpflichtungserklärung**

Als fachliche Leitung der Institution versichere ich,

- 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,



Stand: 11.07.2025

---

- dass die für die in der Institution angestellten Fachärzte/Fachärztinnen geltenden leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gemäß § 4a ASV-RL an dem eigenen Tätigkeitsort erfüllt werden (maßgeblich ist die Konkretisierung im Anhang zur Anlage 3b).
- 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.

#### **4. Unterschrift**

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf die Institution gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller Pflichten und Anforderungen der ASV-RL

.....  
*Ort, Datum*

*Name der fachlichen Leitung*

*Unterschrift*



(Stand: 11.07.2025)

---

Institution: .....

Adresse: .....

angezeigtes Fachgebiet: .....

### **1. Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderung gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL**

Für die angestellten Fachärztinnen und Fachärzte der benannten Institution gelten die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei institutioneller Benennung nach § 2 Absatz 2 Satz 5 als erfüllt, wenn es sich bei der benennenden Institution (*bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an*)

- um eine zugelassene Weiterbildungsstätte für ein Fachgebiet, eine Zusatz-Weiterbildung oder einen Schwerpunkt handelt, das den jeweiligen Leistungsbereich oder die jeweilige ASV-Leistung umfasst, oder
- um eine fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit handelt, in der der jeweilige Leistungsbereich oder die jeweilige ASV-Leistung erbracht wird, oder
- um ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) handelt, in dem die im leistungsspezifischen Anhang benannte Leistung erbracht wird.
- Nachweise sind beigelegt

Bei Nichterfüllung weiter mit Gliederungspunkt 2.



(Stand: 11.07.2025)

## 2. Erfüllung der der leistungsspezifischen Qualitätsanforderung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der benannten Institution

Name des Facharztes /der Fachärztin: .....

Facharztqualifikation: .....

LANR: .....

### 2.1 entsprechend § 135 Absatz 2 SGB V

Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen werden durch o.g. Facharzt/Fachärztin der benannten Institution entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V erfüllt (bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an):

- Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten
- Schmerztherapie
- Erbringung der speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin
- Interventionelle Radiologie
- Invasive Kardiologie
- Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie
- MR-Angiographie
- PET, PET/CT
- Ultraschalldiagnostik

### 2.2. gemäß § 4a Absatz 3 ASV-RL

a) Der/Die o.g. genannte Facharzt/Fachärztin erfüllt die Anforderungen an die fachliche Befähigung entsprechend der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen des Anhangs zu § 4a ASV-RL (*bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an*)

➤ für Langzeit-EKG:

- Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin

➤ für die allgemeine Röntgendiagnostik:

- Facharztbezeichnung Radiologie, oder
- Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von



(Stand: 11.07.2025)

Röntgenuntersuchungen umfasst und Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit oder Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nr. 4 Strahlenschutzgesetz oder Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 Strahlenschutzgesetz.

➤ **für Nuklearmedizin:**

- Facharztbezeichnung Nuklearmedizin

b) Der/Die o.g. genannte Facharzt/Fachärztin erfüllt die folgende leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V aufgrund einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (*bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an*):

- Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten**
- Schmerztherapie**
- Erbringung der speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin**
- Interventionelle Radiologie**
- Invasive Kardiologie**
- Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie**
- MR-Angiographie**
- PET, PET/CT**
- Ultraschalldiagnostik**

Es gelten die entsprechenden QSVen in ihrer jeweils gültigen Fassung.\*

- Nachweise sind beigelegt       Nachweise dürfen von der KV Berlin beigelegt werden

c) Der/Die o.g. genannte Facharzt/Fachärztin verfügt über eine Befugnis zur Weiterbildung für folgende Facharztbezeichnung, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung

- im Gebiet Innere Medizin**
- Radiologie**
- Nuklearmedizin**

- Nachweise sind beigelegt       Nachweise dürfen von der KV Berlin beigelegt werden

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



(Stand: 11.07.2025)

---

d) Der/Die o.g. genannte Facharzt/Fachärztin erbringt die Leistungen für

- Langzeit-EKG**
- Koloskopie**
- die allgemeine Röntgendiagnostik**
- Computerthomographie**
- Nuklearmedizin**

in einer Einrichtung, welche die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt.

- Nachweise sind beigelegt

**Hinweis:**

Scheidet der o.g. Facharzt / die o.g. Fachärztin aus der Institution aus, ist umgehend (innerhalb von 7 Tagen) der Nachweis der Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen zu erbringen.



(Stand: 11.07.2025)

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

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

## **Empfangsvollmacht<sup>1</sup>**

### **Der ASV-Berechtigte (Leistungserbringer)**

\_\_\_\_\_  
(Name des Anzeigestellers/Leistungserbringers)

### **bevollmächtigt Frau / Herrn**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten)

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

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

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

**Der o. g. ASV-Berechtigte ist damit einverstanden, dass eine Weiterleitung der aufgeführten Unterlagen durch den gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten erfolgt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname in Blockbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anzeigesteller / Leistungserbringer

<sup>1</sup>Mithilfe der Empfangsvollmacht bestimmen die ASV-Berechtigten 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 ASV-Berechtigten des ASV-Teams gesondert zu unterzeichnen und den Anzeigeunterlagen beizufügen.