



(Stand: 26.07.2019)

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**

Morbus Wilson

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

Angaben zum Anzeigesteller:

Krankenhaus* Vertragsarzt Medizinisches Versorgungszentrum/
Einrichtung nach § 311 Absatz 2 SGB V

Anzeigesteller:
(Vorname, Name)

Name der Einrichtung:

Straße/Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

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

Ja

Nein



(Stand: 26.07.2019)

Beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

- Anlage 1: Verpflichtungserklärung (insbesondere Tabelle Qualitätssicherungsvereinbarungen)
- Anlage 2: Gemeinsame Empfangsvollmacht
- Anlage 3: Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die ASV-Servicestelle
- Anlage 4: Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams sowie weitere hinzuzuziehende Fachärzte
- Anlage 5: Einwilligung in die automatisierte und nichtautomatisierte Verarbeitung von personenbezogenen Daten



1. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

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

1.1 Personelle Anforderungen

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

1.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen

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



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

Ja

Nein

- 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.

Ja

Nein

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



(Stand: 26.07.2019)



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

Ja

Nein

Falls Sie zuletzt „Nein“ angekreuzt haben, nutzen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen für eine kurze Erklärung des Sachverhaltes.



(Stand: 26.07.2019)

1.1.2 Spezielle personelle Anforderungen



Hinweise:

Eine Übersicht über die gemäß § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend geltenden Qualitätssicherungsvereinbarungen, deren fachlichen, apparativen, organisatorischen und räumlichen Anforderungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität durch das jeweilige Mitglied des interdisziplinären Teams zu erfüllen sind, finden Sie auf der Seite 7 der Verpflichtungserklärung (Anlage 1).

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



(Stand: 26.07.2019)

Teamleitung:

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____



Qualifikation der Teamleitung:

- I. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Innere Medizin und Gastroenterologie**“²

und fakultativ

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

oder

- II. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Neurologie**“²

Sofern auch Kinder und Jugendliche behandelt werden alternativ

- III. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Kinder- und Jugendmedizin**“² mit dem Schwerpunkt „**Neuropädiatrie**“²

und fakultativ

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

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

oder

- IV.** Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Kinder- und Jugendmedizin**“²
mit der Zusatzweiterbildung „**Kindergastroenterologie**“²

und fakultativ

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)



Qualifikation des Kernteams:

Im Kernteam müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:

- Innere Medizin und Gastroenterologie

und

- Neurologie

Sofern auch Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich:

- Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie

oder

- Kinder- und Jugendmedizin mit dem Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie

Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist ein Facharzt für

- Kinder- und Jugendmedizin

zu benennen.

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

- I. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie“²**

und fakultativ

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

Mitglied des Kernteams:

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

und

II. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Neurologie**“²

Mitglied des Kernteams:

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

Sofern auch Kinder und Jugendliche behandelt werden *zusätzlich*:

III. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Kinder- und Jugendmedizin**“²
mit dem Schwerpunkt „**Neuropädiatrie**“²

und fakultativ

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

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

Mitglied des Kernteams:

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

IV. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Kinder- und Jugendmedizin**“²
mit der Zusatzweiterbildung „**Kindergastroenterologie**“²

und fakultativ

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

Mitglied des Kernteams:

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

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

oder

V. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „**Kinder- und Jugendmedizin**“²

und fakultativ

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

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

Mitglied des Kernteams:

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____



Sollten weitere Mitglieder zum Kernteam gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 4 bei.

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



(Stand: 26.07.2019)



Qualifikation der hinzuzuziehenden Fachärzte:

FA für Augenheilkunde²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und fakultativ

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

und

FA für Humangenetik²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

FA für Innere Medizin und Nephrologie²

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und fakultativ

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

und

FA für Laboratoriumsmedizin²

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und fakultativ

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

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

und

FA für Pathologie²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und

FA für Psychiatrie und Psychotherapie²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

oder

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

oder

Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

FA für Radiologie²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und fakultativ

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

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

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kindernephrologie²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

und fakultativ

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

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

und

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)

oder

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut²

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

(Institution)

(Adresse des Tätigkeitsortes / der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

(Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte ist deren namentliche Benennung entbehrlich.)



Sollten weitere hinzuzuziehende Fachärzte zum interdisziplinären Team gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 4 bei.

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

² Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind als einfache Kopien beizufügen. Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf der letzten Seite des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.

Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.



(Stand: 26.07.2019)

1.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

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

Der 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.³

³ Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf finden Sie zum Thema Barrierefreiheit die Broschüre „Barrieren abbauen – Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis“.



(Stand: 26.07.2019)

1.2.2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen
(§ 4 Absatz 1 Anlage 2 Buchstabe h Nummer 3.2 ASV-RL)

Die Anzeigesteller versichern, durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur, dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarungen.):

- Transplantationszentren (Leber)

(Name und Anschrift)

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

(Name und Anschrift)



(Stand: 26.07.2019)

1.3 Anforderungen an die Dokumentation

(§§ 14, 15 Satz 2 Anlage 2 Buchstabe h Morbus Wilson Gliederungspunkt 3.3 ASV-RL)



Die Anzeigsteller verpflichten sich,

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

Die Anzeigsteller versichern 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: 26.07.2019)

1.4 Erfüllung der Mindestmengen (Mindestbehandlungszahlen)

(§ 11 Anlage 2 Buchstabe h Gliederungspunkt 3.4 ASV-RL)

Eine Mindestbehandlungszahl der durch das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) in den letzten vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelten Patienten der unter dem Gliederungspunkt 1 der Anlage 2 Buchstabe h Morbus Wilsonen ASV-RL genannten Indikationsgruppen ist nicht festgelegt.



(Stand: 26.07.2019)



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

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

Ja

Nein

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



(Stand: 26.07.2019)



3. Hinweise auf weitere Pflichten

Gemäß § 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V ist der eLA Berlin berechtigt, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass und nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt werden.

Es besteht für folgende Tatbestände eine Anzeigepflicht:

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

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

Abschließend wird noch auf folgende Pflichten hingewiesen:

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



(Stand: 26.07.2019)



4. Hinweise zur Nachweisführung

1. Die personellen Anforderungen sind durch die Vorlage von einfachen Kopien der Approbationsurkunde und der Facharzturkunde(n) oder durch Urkunden über die Berufserlaubnis sowie über die Berechtigung zum Führen der Fachgebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung nachzuweisen.
2. Die Vorlage der Urkunden über die Approbation und über die Facharztbezeichnung kann ersetzt werden durch eine Einverständniserklärung an den eLA Berlin, dass die bei der KV Berlin vorliegenden Urkunden beigezogen werden können.
3. 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.
4. Die Nachweise zur Erfüllung von fachlichen, sächlichen und apparativen Voraussetzungen aus Qualitätssicherungsvereinbarungen entsprechend § 135 Absatz 2 SGB V können ersatzweise auch durch die Vorlage einer einfachen Kopie einer entsprechenden gültigen Abrechnungsgenehmigung einer Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden.
5. Bei der Mitnutzung von Apparaten und Räumen, die im Rahmen einer einschlägigen Qualitätssicherungsvereinbarung bereits überprüft wurden, kann ersatzweise ein Nachweis auch durch die Bezugnahme auf Unterlagen erfolgen, die der KV Berlin bereits vorliegen.



(Stand: 26.07.2019)

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

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

			ja	nein
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Anzeigestellers		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift der Teamleitung/ FA für Innere Medizin und Gastroenterologie		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift der Teamleitung/ FA Neurologie		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift der Teamleitung/ FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift der Teamleitung/ FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Innere Medizin und Gastroenterologie		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Neurologie		



(Stand: 26.07.2019)

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

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

ja nein

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

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

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

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Augenheilkunde⁴

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

Ort, Datum Name, Vorname in Blockbuchstaben Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für
Innere Medizin und Nephrologie⁴

⁴ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 26.07.2019)

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

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

			ja	nein
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Laboratoriumsmedizin ⁴		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Pathologie ⁴		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychiatrie und Psychotherapie ⁴		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ⁴		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden Psychologischen Psychotherapeuten ⁴		
<hr/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden ärztlichen Psychotherapeuten ⁴		

⁴ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 26.07.2019)

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

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

			ja	nein
_____ Ort, Datum	_____ Name, Vorname in Blockbuchstaben	_____ Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Radiologie ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Ort, Datum	_____ Name, Vorname in Blockbuchstaben	_____ Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kindernephrologie ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Ort, Datum	_____ Name, Vorname in Blockbuchstaben	_____ Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Ort, Datum	_____ Name, Vorname in Blockbuchstaben	_____ Unterschrift des hinzuzuziehenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁴ Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 26.07.2019)

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

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

Stempel des Anzeigestellers

Verpflichtungserklärung

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

Morbus Wilson

I. **Als Anzeigesteller**

(Name, Vorname / ggf. Institution)

(Adresse der Institution / Praxis)

ist mir bekannt,

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

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

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

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.



(Stand: 26.07.2019)

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

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift



(Stand: 26.07.2019)

II. **Als Teamleitung**

(Name, Vorname) (Geb.-Datum)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

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

Ort, Datum **Name, Vorname in Blockschrift** **Unterschrift**

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



(Stand: 26.07.2019)

III. Als Mitglied des Kernteams

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

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

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift

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



(Stand: 26.07.2019)

IV. **Als hinzuzuziehender Facharzt bzw. Psychotherapeut**

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

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

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift

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



(Stand: 26.07.2019)

V. Bei institutioneller Benennung hinzuzuziehender Fachärzte

(Institution)

(Adresse der Institution / Praxis)

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

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockschrift

Unterschrift

(Stand: 26.07.2019)

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

lfd. Nr.	Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zu(r)	Innere Medizin und Gastroenterologie	Neurologie	Kinder- u. Jug.med. mit SP Kinderneuropädiatrie	Kinder- u. Jug.med. mit ZWB	Kinder gastroenterologie	Kinder – und Jugendmedizin	Augenheilkunde	Humangenetik	innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychologischer Psychotherapeut	Ärztlicher Psychotherapeut	Radiologie	Kinder- u. Jugendmed. mit ZWB	Kinder nephrologie	Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. - psychotherapie	Kinder- u. Jugendlichen- psychotherapeut
1.	Durchführung von Langzeit-EKG			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
2.	Durchführung von Koloskopie	<input type="checkbox"/>																		
3.	Laboratoriumsuntersuchungen										<input type="checkbox"/>									
4.	Ultraschall	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.	Strahlendiagnostik und -therapie															<input type="checkbox"/>				
6.	Durchführung und Untersuchung in der Kernspintomographie															<input type="checkbox"/>				

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



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

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

Empfangsvollmacht¹

Der Anzeigsteller / Leistungserbringer

_____, bevollmächtigt

Frau / Herrn

(Name, Vorname des gemeinsamen Empfangsbevollmächtigten)

(Geb.-Datum)

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

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

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

Ort, Datum

Name, Vorname in Blockbuchstaben

Unterschrift Anzeigsteller / Leistungserbringer

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



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

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

Stempel des Anzeigestellers

Einverständniserklärung

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

Als Anzeigesteller

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Adresse der Institution)

BSNR/IK: _____ LANR¹ _____

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

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass der Erweiterte Landesausschuss Berlin die erforderlichen Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergibt (§ 5 Absätze 5 und 6 ASV-AV).

Ort, Datum

Unterschrift des Anzeigestellers

*Im vorliegenden Text wird auf die getrennte Ansprache von Frauen und Männern verzichtet.
Beide sind in gleichem Maße angesprochen.*

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



Anlage 4 – Ergänzungstabelle für weitere Kernteammitglieder

Erweiterter Landesausschuss (eLA)
Berlin

(Stand: 26.07.2019)

Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung	Titel, Vorname, Name Anschrift der Institution (Praxis-/Krankenhausanschrift)	LANR/BSNR des Vertragsarztes Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK)	Unterschrift des Arztes	Nachweise sind beigefügt	Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Anlage 4 – Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte

Erweiterter Landesausschuss (eLA)
Berlin

(Stand: 26.07.2019)

Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung	Institution oder Titel, Vorname, Name Anschrift der Institution (Praxis-/Krankenhausanschrift)	BSNR oder IK LANR und BSNR oder IK	Unterschrift des Arztes	Nachweise sind beigefügt	Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(Stand: 26.07.2019)

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

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

Stempel des Anzeigestellers

**Meine Einwilligung in die automatisierte und nichtautomatisierte
Verarbeitung von personenbezogenen Daten gemäß Artikel 2 Absatz 1
Datenschutz-Grundverordnung durch den Erweiterten
Landesausschuss (eLA) Berlin sowie mein Auskunftsrecht über meine
datenschutzrechtlichen Rechte gegenüber dem eLA Berlin**

Ich,

(Name, Vorname des teilnehmenden Arztes)

willige darin ein, dass der eLA Berlin auf Grund der Anzeige vom zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Absatz 2 SGB V i.V.m. § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Anlage 2 Buchstabe h Morbus Wilson ASV-RL zum Zwecke der Prüfung der Teilnahmeberechtigung im Zeitpunkt der Anzeige sowie der Überprüfung der Teilnahmeberechtigung nach den in § 116b Absatz 2 Satz 9 SGB V genannten Zeiträumen automatisch und nichtautomatisch meine personenbezogenen Daten verarbeitet, um festzustellen, ob ich zur Teilnahme an der Behandlung der angezeigten Erkrankung berechtigt bin. Die Berechtigung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten besteht allein zu diesem Zweck; sie schließt die Verpflichtung des eLA Berlin ein, meine personenbezogenen Daten ohne meine ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weiterzugeben und meine personenbezogenen Daten lediglich für die Dauer meiner Teilnahme in dem angezeigten ASV-Team zu speichern, sofern die Daten für die Überprüfung meiner Berechtigung zur Teilnahme in dem angezeigten ASV-Team aus rechtlichen Gründen nicht mehr notwendig sind.



(Stand: 26.07.2019)

Der eLA Berlin hat mich bei der Erhebung meiner personenbezogenen Daten darüber informiert, dass

- a. ich dem eLA Berlin gegenüber ein unentgeltliches Recht auf Auskunft darüber habe, welche mich betreffenden personenbezogenen Daten er gespeichert hat, wie lange er diese Daten zu speichern beabsichtigt und auf Grund welcher Kriterien er die Dauer der Speicherung bemisst,
- b. ich ein Recht auf Berichtigung und Vervollständigung meiner personenbezogenen Daten habe,
- c. ich vom eLA Berlin verlangen kann, meine personenbezogenen Daten unverzüglich zu löschen, falls diese Daten für die Überprüfung meiner Berechtigung zur Teilnahme in dem angezeigten ASV-Team nicht mehr notwendig sind,
- d. ich meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Teilnahmeberechtigung jederzeit widerrufen kann; der eLA Berlin hat mich darauf hingewiesen, dass der Widerruf meiner Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf auf Grund meiner Einwilligung erfolgten Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht berührt und dass mein Widerruf gegebenenfalls das Fortbestehen der Teilnahmeberechtigung des gesamten ASV-Teams gefährdet,
- e. ich vom eLA Berlin verlangen kann, die Verarbeitung meiner personenbezogene Daten einzuschränken; der eLA Berlin hat mich darauf hingewiesen, dass die Einschränkung der Verarbeitung zur Verzögerung der Überprüfung der Berechtigung der Teilnahme des gesamten ASV-Teams führen kann,
- f. ich das Recht auf Datenübertragbarkeit habe, d. h. ich vom eLA Berlin verlangen kann, dass er meine personenbezogenen Daten, die ich ihm bereitgestellt habe und die er mit Hilfe eines automatisierten Verfahrens verarbeitet hat, mir oder einem von mir benannten Dritten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Verfahren übermittelt,
- g. ich mich durch den Datenschutzbeauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der auch gleichzeitig Datenschutzbeauftragter des eLA Berlin ist,

E-Mail: datenschutz-ela@kvberlin.de

zu allen mit meinen Datenschutzrechten gegenüber dem eLA Berlin zusammenhängenden Fragen beraten lassen kann,



(Stand: 26.07.2019)

h. ich das Recht auf Beschwerde über den eLA Berlin bei dem

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

als der für die Überwachung der Anwendung des Datenschutzes zuständigen
Aufsichtsbehörde habe.

Ort, Datum

Unterschrift des teilnehmenden Arztes