



(Stand: 20.08.2021)

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**

**Pulmonale Hypertonie**

*(§ 116b SGB V i.V.m. § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Anlage 2 Buchstabe I 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



(Stand: 20.08.2021)

## **1. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität**

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

### **1.1 Personelle Anforderungen**

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

#### **1.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen**

- a) Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit der Indikation pulmonale Hypertonie 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 die Erklärung für diese Ärzte ab.**

- b) Die Mitglieder des Kernteams verpflichten sich, die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubieten (§ 3 Absatz 2 Satz 4 ASV-RL). Dies gilt nicht für Leistungen nach § 3 Absatz 2 Satz 5 ASV-RL.



**Als Nachweis ist eine Selbsterklärung unter Einbezug jedes Mitglieds des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) über die am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubietenden spezialfachärztlichen Leistungen beigefügt.**

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



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



(Stand: 20.08.2021)

---

### **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 den Seiten 5 und 6 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: 20.08.2021)

**Teamleitung:**

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**Qualifikation der Teamleitung:**

**I. Innere Medizin und Kardiologie**

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie

**oder**

**II. Innere Medizin und Pneumologie**

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

**Sofern auch Kinder und Jugendliche behandelt werden alternativ**

**III. Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie**

**und fakultativ**

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

**oder**

<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: 20.08.2021)

---

**IV. Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie**

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie



(Stand: 20.08.2021)

---

**Qualifikation des Kernteams:**

**Im Kernteam müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:**

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie,

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

- Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie
- oder**
- Kinder und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

**vertreten sein.**

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

- Kinder- und Jugendmedizin

**zu benennen.**

**Dem eLA Berlin sind in diesem Fall geeignete Nachweise – z.B. Schriftverkehr zwischen den Anzeigsteller und möglichen Kernteammitglied – zur Glaubhaftmachung vorzulegen.**

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



(Stand: 20.08.2021)

---

**FA für Innere Medizin und Kardiologie**

---

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

---

(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

**FA für Innere Medizin und Pneumologie**

---

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(Geb.-Name)

---

(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

<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: 20.08.2021)

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Pneumologie**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik, zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie





(Stand: 20.08.2021)

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

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



***Sollten weitere Mitglieder zum Kernteam gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.***

<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: 20.08.2021)

---

**Qualifikation der hinzuzuziehenden Fachärzte:**

**Auf der dritten Ebene müssen folgende Facharztgruppen vertreten sein:**

- Humangenetik,
- Innere Medizin und Gastroenterologie,
- Innere Medizin und Rheumatologie,
- Laboratoriumsmedizin,
- Nuklearmedizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut,
- Radiologie,

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

- FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie,
- FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie,
- FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.



(Stand: 20.08.2021)

**FA für Humangenetik**

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**FA für Innere Medizin und Gastroenterologie**

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

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

**FA für Innere Medizin und Rheumatologie**

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

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

<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: 20.08.2021)

**FA für Laboratoriumsmedizin**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

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

**FA für Nuklearmedizin**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB zur Ultraschalldiagnostik sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie

**FA für Psychiatrie und Psychotherapie**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**oder**

<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: 20.08.2021)

**FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**oder**

**Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**FA für Radiologie**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

**und fakultativ**

Erfüllung der Anforderungen entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB zur Ultraschalldiagnostik, zur Strahlendiagnostik und –therapie, zur MR-Angiographie, zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie sowie zur interventionellen Radiologie

<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: 20.08.2021)

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

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder-und Jugend-Gastroenterologie**

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: \_\_\_\_\_ LANR<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
**und fakultativ**

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

**FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder-und Jugend-Rheumatologie**

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

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

BSNR/IK: \_\_\_\_\_ LANR<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
**und fakultativ**

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

<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: 20.08.2021)

**FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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

oder

**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Name)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Tätigkeitsortes)

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



***Sollten weitere hinzuzuziehende Fachärzte zum interdisziplinären Team gehören, listen Sie bitte für diese alle erforderlichen Angaben einschließlich der Qualifikation analog zum vorliegenden Anzeigevordruck auf dem gesonderten Bogen „Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte“ auf und fügen ihn der Anzeige als Anlage 5 bei.***

<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: 20.08.2021)

---

## **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: 20.08.2021)

### **1.2.2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen**

(§ 4 Absatz 1 Anlage 2 Buchstabe o Nummer 3.2 ASV-RL)

Die Anzeigsteller versichern, durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur, dafür Sorge zu tragen, dass

- a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht (Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarungen.

➤ Transplantationszentren (Leber)

---

*(Name und Anschrift)*

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

---

*(Name und Anschrift)*

- b) 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 sichergestellt wird:

**FA für Innere Medizin und Gastroenterologie**

- c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht,

- d) Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patienten mit der unter § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Anlage 2 Buchstabe o – ausgewählte seltene Lebererkrankungen Gliederungspunkt 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen bereitgehalten werden.



(Stand: 20.08.2021)

### **1.3 Anforderungen an die Dokumentation**

(§§ 14, 15 Satz 2 Anlage 2 Buchstabe o 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 ausgewählte seltene Lebererkrankungen 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: 20.08.2021)

#### **1.4 Erfüllung der Mindestmengen (Mindestbehandlungszahlen)** (§ 11 Anlage 2 Buchstabe o Gliederungspunkt 3.4 ASV-RL)

Die Mitglieder des Kernteams und die Teamleitung versichern, dass das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) in den letzten vier Quartalen vor der ASV-Anzeige mindestens 50 Patienten der unter dem Gliederungspunkt 1 der Anlage 2 Buchstabe o ausgewählte seltene Lebererkrankungen ASV-RL genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt hat.

Ja

Nein

**Der Nachweis der Mindestmengen ist durch geeignete Bescheinigungen oder durch Patientenverzeichnisse unter Angabe von Patientenpseudonymen, des Behandlungszeitraums und der Diagnosen zu belegen und vom Nachweisenden zu unterzeichnen. Die als Anlage 4 zu diesem Anzeigeformular beigefügte Tabelle kann zur Nachweisführung genutzt werden.**

#### **Hinweis zur Berechnung der Mindestmengen:**

Für die Berechnung der durch das Kernteam (einschließlich der Teamleitung) zu erbringenden Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu den vorstehend genannten Indikationsgruppen zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

#### **Hinweise zur Unterschreitung der Mindestmengen:**

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

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

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



(Stand: 20.08.2021)

---

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

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

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



(Stand: 20.08.2021)

### 3. Hinweise auf weitere Pflichten

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

Es besteht für folgende Tatbestände eine Anzeigepflicht:

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

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

Abschließend wird noch auf folgende Pflichten hingewiesen:

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



(Stand: 20.08.2021)

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

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

ja    nein

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift des Anzeigestellers

  

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift der Teamleitung/  
FA für Innere Medizin und Kardiologie

  

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift der Teamleitung/  
FA für Innere Medizin und Pneumologie

  

---

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

  

---

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

  

---

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

  

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift des Kernteammitglieds/  
FA für Innere Medizin und Kardiologie



(Stand: 20.08.2021)

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

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

ja    nein

Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des Kernteammitglieds/ FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Humangenetik <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Gastroenterologie <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Innere Medizin und Rheumatologie <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Laboratoriumsmedizin <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

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

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

ja    nein

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Nuklearmedizin <sup>3</sup>		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychiatrie und Psychotherapie <sup>3</sup>		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <sup>3</sup>		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden psychologischen Psychotherapeuten <sup>3</sup>		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden ärztlichen Psychotherapeuten <sup>3</sup>		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Name, Vorname in Blockbuchstaben	Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für Radiologie <sup>3</sup>		

<sup>3</sup> Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.





(Stand: 20.08.2021)

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

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

ja    nein

  

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für  
Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-  
Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie<sup>3</sup>

  

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für  
Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-  
Weiterbildung Kinder-Rheumatologie<sup>3</sup>

  

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift des hinzuzuziehenden FA für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
-psychotherapie<sup>3</sup>

  

---

Ort, Datum      Name, Vorname in Blockbuchstaben      Unterschrift des hinzuzuziehenden Kinder-  
und Jugendlichenpsychotherapeuten<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Bei institutioneller Benennung der bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzte versichern die Anzeigsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf diese Ärzte gemachten Angaben.



(Stand: 20.08.2021)

**Beigefügte Anlagen zur Anzeige:**

- Anlage 1: Verpflichtungserklärungen (insbesondere Tabelle „Qualitätssicherungsvereinbarungen) für jeden namentlich benannten Facharzt sowie für jede institutionelle Benennung
- Anlage 2: Empfangsvollmacht
- Anlage 3: Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die ASV-Servicestelle
- Anlage 4: tabellarische Dokumentation der erforderlichen Mindestmengen
- Anlage 5: Ergänzungstabelle für weitere Mitglieder des Kernteams, weitere hinzuzuziehende Fachärzte

**Außerdem sind beizufügen:**

Selbsterklärungen zur indikationsspezifischen Erfahrung für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen des fachlichen Leiters zur indikationsspezifischen Erfahrung der in dieser Institution angestellten Fachärzte

Selbsterklärungen zum Tätigkeitsort für jeden benannten Facharzt

- bei institutioneller Benennung die Erklärungen der Anzeigsteller zum Tätigkeitsort der jeweiligen Institution

Selbsterklärungen aller Kernteammitglieder (inkl. der Teamleitung) zur Erbringung der spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung

Kopien der Approbationsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

Kopien der Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungsurkunden aller namentlich benannten Fachärzte

- **Die Vorlage der Urkunden ist entbehrlich, wenn diese bereits der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vorliegen und der Facharzt mit seiner Unterschrift auf den Seiten 22 - 25 des Anzeigeformulars sein Einverständnis zur Weiterleitung an den eLA Berlin gibt.**
- **Für in einem Krankenhaus angestellte Ärzte gilt: Eine Bestätigung der Personalabteilung des Krankenhauses, dass das Original der vorgenannten Urkunden bei Einstellung vorgelegt wurde, ist beizufügen.**



## Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Der erweiterte Landesausschuss Berlin hat die Aufgabe, die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu prüfen und festzustellen. Hierzu ist es erforderlich, dass der teilnahmewillige Leistungserbringer die insoweit maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllt und dies gegenüber dem erweiterten Landesausschuss unter Beifügung entsprechender Belege anzeigt, vgl. § 116b Abs. 2 und 3 SGB V.

### 1. Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierbare natürliche Person beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, einer Kundennummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten hält sich der eLA Berlin an die gesetzlichen Bestimmungen der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an der ASV werden personenbezogene Daten deshalb nur insoweit erhoben, verarbeitet und genutzt, wie dies gesetzlich erlaubt ist. Dies gilt auch für die Weitergabe der personenbezogenen Daten.

Um diese gesetzlich vorgegebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet der erweiterte Landesausschuss Berlin die dafür erforderlichen Daten. Hierzu zählen Daten zur Person, z.B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum sowie Daten zur Qualifikation von Ärzten.

Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund Ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht (siehe § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V) erhoben.

### 2. Datenübermittlungen

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an:

- die Vertreter der Patientinnen und Patienten im Sinne des § 140f SGB V
- die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin in seiner Funktion als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Sinne des § 116b Absatz 3 i. V. m. § 90 Absatz 4 Satz 2 SGB V

### 3. Datenspeicherung

Die Daten werden für die Dauer der Teilnahme in dem angezeigten ASV-Team gespeichert und nach bestandskräftiger Beendigung der ASV-Teilnahme gelöscht.

### 4. Ihre Rechte

- Recht auf **Auskunft** über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO)
- Recht auf **Berichtigung** unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO)
- Recht auf **Löschung** (Art. 17 EU-DSGVO)



(Stand: 20.08.2021)

- Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung** (Art. 18 EU-DSGVO)
- **Widerspruchsrecht** (Art. 21 EU-DSGVO)
- Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 EU-DSGVO)

## **5. Verantwortlicher und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

**Verantwortlicher:**

Erweiterter Landesausschuss Berlin  
c/o Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: (030) 31003-418  
(030) 31003-419

E-Mail: [E-LA-Berlin@kvberlin.de](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)



(Stand: 20.08.2021)

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**

**pulmonale Hypertonie**

I.  **Als Anzeigesteller**

---

(Name, Vorname / ggf. Institution)

---

(Adresse der Institution / Praxis)

ist mir bekannt,

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

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

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



(Stand: 20.08.2021)

---

Der eLA Berlin weist darauf hin, dass bei unrichtigen sowie unvollständigen Angaben in der Anzeige zur Teilnahme an der ASV die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV wieder aufgehoben werden kann.

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

---

***Ort, Datum***

***Name, Vorname in Blockschrift***

***Unterschrift***



(Stand: 20.08.2021)

---

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

---

(Name, Vorname)

---

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

---

(Adresse des Tätigkeitsortes)

---

(BSNR/IK)

---

(LANR<sup>1</sup>)

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**

<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: 20.08.2021)

---

III.  **Bei institutioneller Benennung hinzuzuziehender Fachärzte**

---

(Name der Institution / Praxis)

---

(Adresse der Institution / Praxis)

---

(BSNR/IK)

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

---

**Ort, Datum**

**Name, Vorname in Blockschrift**

**Unterschrift**





**Anlage 1 - Verpflichtungserklärung  
Teilnahmeanzeige zur Indikation  
pulmonale Hypertonie**

**Erweiterter Landesausschuss  
(eLA) Berlin**

(Stand: 20.08.2021)

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

lfd. Nr.	Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zu(r)	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kind. u. Jugendmed., SP: Kinderkardiologie	Kind. u. Jugendmed., SP: Kinder-pneumologie	Kind. u. Jugendmed.	Humangenetik	Innere Medizin u. Gastroenterologie	Innere Medizin u. Rheumatologie	Laboratoriums-medicin	Nuklearmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychologischer Psychotherapeut	Ärztlicher Psychotherapeut	Radiologie	Kind. u. Jugendmed. ZWB: Kindergastroenterologie	Kind. u. Jugendmed. ZWB: Kinder-rheumatologie	Kind. u. Jugendpsychiatrie u. psychotherapie	Kind. u. Jugend-lichenpsychotherapeut
1.	Durchführung von Langzeit-EKG			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
2.	Koloskopie							<input type="checkbox"/>												
3.	Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																
4.	Laboratoriumsuntersuchungen									<input type="checkbox"/>										
5.	Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
6.	Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	Strahlendiagnostik und -therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
8.	Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie															<input type="checkbox"/>				
9.	interventionellen Radiologie															<input type="checkbox"/>				
10.	MR-Angiographie															<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](http://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php) einsehbar.



(Stand: 20.08.2021)

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

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

## Empfangsvollmacht<sup>1</sup>

### Der Anzeigsteller/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. 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

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



(Stand: 20.08.2021)

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

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

Stempel des Anzeigestellers

## **Einverständniserklärung**

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

### **Als Anzeigesteller**

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

\_\_\_\_\_  
(Geb.-Datum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse der Institution)

\_\_\_\_\_  
(BSNR/IK)

\_\_\_\_\_  
(LANR<sup>1</sup>)

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

Wir sind damit einverstanden, dass der eLA Berlin die erforderlichen Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergibt (§ 5 Absätze 5 und 6 ASV-AV).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anzeigestellers

<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.

**Anlage 4 - Nachweis der Mindestmengen  
pulmonale Hypertonie**

	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	Verdachts- oder 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							



**Anlage 4 - Nachweis der Mindestmengen  
pulmonale Hypertonie**

**eLA Berlin**  
(Stand: 20.08.2021)

	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	Verdachts- oder gesicherte Diagnose (Angabe des ICD-Kodes)
		Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr	Quartal/Jahr		
<b>Gesamtzahl der behandelten Patienten, <math>\Sigma</math></b>		<b>0</b>					



## Anlage 5 – Ergänzungstabelle für weitere Kernteammitglieder

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt und/ oder Zusatz-Weiterbildung	Titel, Vorname, Name genaue Angabe des Leistungserbringers Tätigkeitsort	BSNR / IK und LANR (falls vorhanden)	Unterschrift des Arztes Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller Pflichten und Anforderungen der ASV-RL.	Nachweise sind beigefügt	Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



## Anlage 5 – Ergänzungstabelle für weitere hinzuzuziehende Fachärzte

Erweiterter Landesausschuss (eLA) Berlin

(Stand: 20.08.2021)

Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt und / oder Zusatz-Weiterbildung	Titel, Vorname, Name genaue Angabe des Leistungserbringers Tätigkeitsort oder Institution Anschrift der Institution	BSNR /IK und LANR (falls vorhanden)	Unterschrift des Arztes / des Anzeigestellers Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der in Bezug auf meine Person / die Institution gemachten Angaben und verpflichte mich zur Einhaltung aller Pflichten und Anforderungen der ASV-RL.	Nachweise sind beigefügt	Nachweise dürfen von der KV Berlin beigezogen werden
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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