

Merkblatt

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V

Rheumatologische Erkrankungen

Teil 1: Erwachsene

1. allgemeine Hinweise	Verwenden Sie bitte ausschließlich Anzeigeformulare des erweiterten Landesausschusses für das Land Brandenburg (eLA). Füllen Sie diese aus und fügen Sie notwendige Nachweise vollständig bei. Über Ihre Anzeige kann erst dann entschieden werden, wenn sie vollständig vorliegt. Die Anzeigeformulare finden Sie auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) unter www.kvbb.de/praxis/erweiterter-landesausschuss sowie der Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg e.V. (LKB) unter https://lkb-online.de/serviceaufgaben-ambulante-spezialfachaerztliche-versorgung-asv/
Interdisziplinäres Team	Die ASV erfordert die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, das sich aus einem Kernteam mit einer Teamleitung sowie bei medizinischer Notwendigkeit hinzuzuziehenden Fachärzten* zusammensetzt.
Kernteam	Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen.
Hinzuzuziehende Fachärzte	Im Falle der institutionellen Benennung bei den hinzuzuziehenden Fachärzten ist die Angabe des Namens des betreffenden Facharztes erforderlich.
Zuständigkeit für Anzeigen	Der eLA für das Land Brandenburg ist zuständig für die Anzeigen, sofern der Tätigkeitsort der Teamleitung des zu bildenden interdisziplinären Teams im Land Brandenburg liegt. Der Tätigkeitsort der Teamleitung ist für Vertragsärzte in der Regel der Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz). Tätigkeitsorte können aber auch der Standort einer Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisräume sein. Wird die Teamleitung von einem im Krankenhaus bzw. in einem MVZ angestellten Arzt wahrgenommen, ist der Tätigkeitsort in der Regel der Standort des Krankenhauses bzw. des MVZ.
Gemeinsame Anzeige	Die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Voraussetzungen miteinander kooperierenden Mitglieder des Kernteams sollen ihre Teilnahme gegenüber dem eLA gemeinsam anzeigen. Der Teamleiter fasst alle erforderlichen Angaben in einer Anzeige zusammen. Die Anzeige ist von allen Mitgliedern des Kernteams und von allen hinzuzuziehenden Fachärzten zu unterzeichnen.
Beginn der Zweimonatsfrist	Die Frist gemäß § 116 b Abs. 2 Satz 4 SGB V (Zweimonatsfrist) beginnt mit dem Eingang der formal vollständigen Anzeige bei der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zu laufen.

* sofern die Bezeichnung „Vertragsarzt, Arzt oder Facharzt“ verwendet wird, sind geschlechtsneutral sowohl Vertragsärztinnen, Ärztinnen oder Fachärztinnen als auch Vertragsärzte, Ärzte oder Fachärzte gemeint

Unterbrechung der Frist	Anzeigen sind formal vollständig, wenn zu allen personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß den Vorgaben der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL) entsprechende Belege, Vereinbarungen und/oder Angaben des Anzeigenden vorliegen. Durch die Anforderung von zusätzlich erforderlichen Informationen oder notwendigen ergänzenden Stellungnahmen nach den Vorgaben des erweiterten Landesausschusses wird der Lauf der Frist gemäß § 116 b Abs. 2 Satz 4 SGB V (Zweimonatsfrist) bis zum Eingang der vollständigen Auskünfte und Unterlagen unterbrochen. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Der Anzeigende wird mit der Nachforderung über die Unterbrechung der Frist schriftlich in Kenntnis gesetzt.																																																				
2. Konkretisierung der Erkrankung und Behandlungsumfang	Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik von Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei Verdachtsdiagnose oder gesicherter Diagnose einer rheumatologischen Erkrankung sowie deren Behandlung, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen. Zur Gruppe der Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne der ASV-RL zählen Patienten mit folgende Erkrankungen: <table border="0"> <tr><td>D68.6</td><td>Sonstige Thrombophilien</td></tr> <tr><td>D68.8</td><td>Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien</td></tr> <tr><td>D69.0</td><td>Purpura anaphylactoides</td></tr> <tr><td>D86.8</td><td>Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M14.8-*</td></tr> <tr><td>D89.1</td><td>Kryoglobulinämie</td></tr> <tr><td>E85.0</td><td>Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose</td></tr> <tr><td>H20.9</td><td>Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet</td></tr> <tr><td>I00</td><td>Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung</td></tr> <tr><td>I77.6</td><td>Arteriitis, nicht näher bezeichnet</td></tr> <tr><td>M01.2-*</td><td>Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)</td></tr> <tr><td>M02.1-</td><td>Postenteritische Arthritis</td></tr> <tr><td>M02.9-</td><td>Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet</td></tr> <tr><td>M05.-</td><td>Seropositive chronische Polyarthritis</td></tr> <tr><td>M06.0-</td><td>Seronegative chronische Polyarthritis</td></tr> <tr><td>M06.1-</td><td>Adulte Form der Still-Krankheit</td></tr> <tr><td>M07.1-*</td><td>Arthritis mutilans (L40.5†)</td></tr> <tr><td>M07.2*</td><td>Spondylitis psoriatica (L40.5†)</td></tr> <tr><td>M07.3-*</td><td>Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)</td></tr> <tr><td>M08.-</td><td>Juvenile Arthritis</td></tr> <tr><td>M09.-*</td><td>Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</td></tr> <tr><td>M13.-</td><td>Sonstige Arthritis</td></tr> <tr><td>M14.8-*</td><td>Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8</td></tr> <tr><td>M30.-</td><td>Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände</td></tr> <tr><td>M31.3</td><td>Wegener-Granulomatose</td></tr> <tr><td>M31.4</td><td>Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]</td></tr> <tr><td>M31.5</td><td>Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica</td></tr> </table>	D68.6	Sonstige Thrombophilien	D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	D69.0	Purpura anaphylactoides	D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M14.8-*	D89.1	Kryoglobulinämie	E85.0	Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose	H20.9	Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet	I00	Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung	I77.6	Arteriitis, nicht näher bezeichnet	M01.2-*	Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)	M02.1-	Postenteritische Arthritis	M02.9-	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet	M05.-	Seropositive chronische Polyarthritis	M06.0-	Seronegative chronische Polyarthritis	M06.1-	Adulte Form der Still-Krankheit	M07.1-*	Arthritis mutilans (L40.5†)	M07.2*	Spondylitis psoriatica (L40.5†)	M07.3-*	Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)	M08.-	Juvenile Arthritis	M09.-*	Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	M13.-	Sonstige Arthritis	M14.8-*	Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8	M30.-	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	M31.3	Wegener-Granulomatose	M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]	M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
D68.6	Sonstige Thrombophilien																																																				
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien																																																				
D69.0	Purpura anaphylactoides																																																				
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen i.V.m. M14.8-*																																																				
D89.1	Kryoglobulinämie																																																				
E85.0	Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose																																																				
H20.9	Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet																																																				
I00	Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung																																																				
I77.6	Arteriitis, nicht näher bezeichnet																																																				
M01.2-*	Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†)																																																				
M02.1-	Postenteritische Arthritis																																																				
M02.9-	Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet																																																				
M05.-	Seropositive chronische Polyarthritis																																																				
M06.0-	Seronegative chronische Polyarthritis																																																				
M06.1-	Adulte Form der Still-Krankheit																																																				
M07.1-*	Arthritis mutilans (L40.5†)																																																				
M07.2*	Spondylitis psoriatica (L40.5†)																																																				
M07.3-*	Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†)																																																				
M08.-	Juvenile Arthritis																																																				
M09.-*	Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten																																																				
M13.-	Sonstige Arthritis																																																				
M14.8-*	Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8																																																				
M30.-	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände																																																				
M31.3	Wegener-Granulomatose																																																				
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]																																																				
M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica																																																				

M31.6	Sonstige Riesenzellerarteriitis
M31.7	Mikroskopische Polyangiitis
M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
M32.-	Systemischer Lupus erythematoses
M33.0	Juvenile Dermatomyositis
M33.1	Sonstige Dermatomyositis
M33.2	Polymyositis
M34.-	Systemische Sklerose
M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome
M35.2	Behçet-Krankheit
M35.3	Polymyalgia rheumatica
M35.4	Eosinophile Fasziitis
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M35.9	Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
M36.0*	Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†)
M45.0-	Spondylitis ankylosans
M46.9-	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
M86.3-	Chronische multifokale Osteomyelitis

Behandlungsumfang

Der Behandlungsumfang ist unter Ziffer 2 der Anlage 1.1 Buchstabe b) Teil 1: Erwachsene ASV-RL normiert. Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

Diagnostik

- Allgemeine (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z.B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie, Herzkatheteruntersuchung)
- Anamnese
- Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z. B. Augenruckbestimmung, Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung, Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angiographie, Osteodensitometrie)
- Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie, Endoskopie der Nasennebenhöhlen)
- Humangenetische Untersuchungen
- Intracutantest (Tuberkulintest)
- Kapillarmikroskopie
- Körperliche Untersuchung
- Laboruntersuchungen (z. B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse) einschließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörper-

- bestimmung, humorale und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG)
- Nierenfunktionsdiagnostik
- Pulmonale Funktionsdiagnostik

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- Augenärztliche Leistungen, die nicht als eigenständige GOP im EBM vorliegen, sondern Bestandteil von Pauschalen sind
- PET; PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz
- Bei jungen Erwachsenen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in das erwachsenenorientierte Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung in enger Zusammenarbeit mit dem bisher betreuenden Kinderarzt

Behandlung

- Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- Behandlung in Notfallsituationen
- Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten Behandlungsfolgen
- Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- Einleitung der Rehabilitation
- Kleinchirurgische Eingriffe
- Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- Radiosynoviorthesen
- Schmerztherapie
- Therapeutische Punktionen und Drainagen
- Transfusion von Blutkomponenten
- UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

Beratung

- zu Diagnostik und Behandlung
- zur Ernährung
- zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- zu humangenetischen Fragestellungen
- zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- zu Rehabilitationsangeboten
- zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft

	– zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises ergänzt werden – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten Im Appendix zur Anlage 1.1 Buchstabe b) Teil 1: Erwachsene ASV-RL sind die abrechenbaren Gebührenpositionen (GOP) definiert. 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.
Überweisungserfordernis	Es besteht ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden. Diese setzt sich zusammen aus: 1. Anamnese (z. B. positive Familienanamnese, Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten), Trauma, Schmerz, nächtlicher Rückenschmerz, rezidivierende Gelenksteife), 2. Körperlicher Untersuchung (z. B. Bewegungseinschränkung, extraartikuläre Manifestationen, schmerzhafte Gelenkschwellung), 3. Laboruntersuchungen (z. B. Entzündungsparameter, falls vorhanden auch spezifische Antikörper wie Antinukleäre Antikörper (ANA) oder Anti-CCP-Antikörper) und 4. Fakultativ: Bildgebung (falls bereits vorhanden). Die Verdachtsdiagnose muss innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
3. Personelle Anforderungen/ Interdisziplinäres Team	Die Versorgung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL, das sich wie folgt zusammensetzt:
Teamleitung	a) einer Teamleitung mit der Facharztqualifikation bzw. Schwerpunktbezeichnung/Zusatzweiterbildung – Innere Medizin und Rheumatologie
Kernteam	b) einem Kernteam mit den Facharztqualifikationen bzw. Schwerpunktbezeichnungen/Zusatzweiterbildungen – Haut- und Geschlechtskrankheiten – Innere Medizin und Nephrologie – Innere Medizin und Pneumologie

	– Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist.
Hinzuzuziehende Fachärzte	c) hinzuzuziehende Fachärzte mit der Facharztqualifikation: – Augenheilkunde – Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber – Innere Medizin und Angiologie – Innere Medizin und Gastroenterologie – Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie – Innere Medizin und Kardiologie – Laboratoriumsmedizin – Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie – Neurologie – Nuklearmedizin – Pathologie – Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut – Radiologie – Urologie.
Tätigkeitsort	Die Kernteammitglieder müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von der im Satz zuvor genannten Regelung ausgenommen. Der Tätigkeitsort für direkt an dem Patienten durchzuführende Untersuchungen und Therapiemaßnahmen muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) zum Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein; dies gilt auch für die hinzuzuziehenden Fachärzte.
Nachweis der personellen Anforderungen	Für den Nachweis der personellen Anforderungen sind von den Mitgliedern des Kernteams und den hinzuzuziehenden Ärzten die Unterlagen zur Facharztanerkennung und der gegebenenfalls

	erforderlichen Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung im Original bzw. als beglaubigte Kopien vorzulegen. Für Krankenhäuser besteht die Möglichkeit, Unterlagen bei der KVBB beglaubigen zu lassen. Im Falle der institutionellen Benennung bei den hinzuzuziehenden Fachärzten ist die Angabe des Namens des betreffenden Facharztes sowie die Vorlage der o.g. Nachweise erforderlich.
4. Sächliche und organisatorische Anforderungen	Als weitere Voraussetzungen für die Berechtigung zur Behandlung von rheumatologischen Erkrankungen im Rahmen der ASV müssen die unter Ziffer 3.2 der Anlage 1.1 Buchstabe b) Teil 1: Erwachsene ASV-RL aufgeführten sächlichen und organisatorischen Bedingungen erfüllt sein: Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht: • Physiotherapie • Ergotherapie • Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher • sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung. b) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt, besteht. Die jeweilige Einrichtung ist dem Patienten namentlich zu nennen. Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. c) die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht. d) Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.
Dokumentation	Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
Behindertengerechter Zugang	Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen an allen Tätigkeitsorten behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben.

5. Anforderungen nach den Qualitätssicherungs- vereinbarungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Für die rheumatologischen Erkrankungen sind die nachfolgend genannten Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV) relevant, für die der Nachweis durch Vorlage von Belegen, Zeugnissen oder Bescheinigungen zu führen ist, die den Erwerb der geforderten Kenntnisse und praktischen Erfahrungen belegen.

Sofern der Anzeigende die erforderlichen Nachweise bzw. Belege bereits im Zusammenhang mit der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der KVBB (Zulassung, Anstellung, Ermächtigung) oder der Eintragung in das Arztregister der KVBB nachgewiesen hat, kann die Erklärung abgegeben werden, dass er mit der Einsichtnahme in seine bei der KVBB geführte Arztregister- bzw. Genehmigungsakte (im Falle von Nachweisen für Genehmigungen nach den QSV gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) einverstanden ist.

Auch in diesem Fall muss der Anzeigende, der bereits eine KV-Genehmigung hat und diese Leistungen im Rahmen der ASV durchführen möchte, diese Leistungen ebenfalls anzeigen.

Die Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen der ASV für diese genehmigungspflichtigen Leistungen kann nur durch eine entsprechende Anzeige gegenüber dem eLA begründet werden.

Die in einigen QSV zu den Nachweisen der fachlichen Qualifikation durch Urkunden und Zeugnisse nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern zusätzlich geforderten Angaben, wie zu Untersuchungszahlen bzw. Tätigkeitszeiträumen „unter Anleitung“ sowie der Geräteausstattung, können durch eine Selbsterklärung erbracht werden, mit welcher der Erklärende das Vorliegen dieser Voraussetzungen ausdrücklich versichert. Nähere Einzelheiten dazu, welche Nachweise bei welcher QSV durch eine Selbsterklärung ersetzt werden können, finden Sie in den entsprechenden Formularen zu den jeweiligen QSV.

Der Anzeigende verpflichtet sich, die Auflagen zur Aufrechterhaltung der erforderlichen fachlichen Befähigung zu erfüllen und der regelmäßigen Überprüfung der Aufrechterhaltung der erforderlichen sachlichen und apparativen Anforderungen zuzustimmen.

Für die Indikation rheumatologische Erkrankungen werden folgende Anlagen nach den QSV gemäß § 135 Abs. 2 SGB V als Bestandteil des Anzeigeformularsatzes benötigt:

- | | |
|-----------|---|
| Anlage 1 | Invasive Kardiologie |
| Anlage 2 | Langzeit-EKG-Untersuchungen |
| Anlage 4 | Koloskopie |
| Anlage 6 | Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung,
Nuklearmedizin |
| Anlage 11 | Laboratoriumsmedizin |
| Anlage 12 | Ultraschall diagnostik |
| Anlage 13 | Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung,
Allgemeine Röntgendiagnostik |
| Anlage 16 | Interventionelle Radiologie |

	Anlage 17 Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung, Computertomographie Anlage 18 Kernspintomographie Anlage 19 MR-Angiographie Anlage 20 Strahlendiagnostik-/therapievereinbarung, Osteodensitometrie Bitte beachten Sie, dass jede der aufgeführten Anlagen von mindestens einem Arzt des interdisziplinären Teams nebst den darin geforderten Unterlagen, Belegen und Erklärungen eingereicht werden sollte.
6. Mindestmengen	Das Kernteam muss mindestens 240 Patienten der unter „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln. Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zu rechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden. Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen. In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss 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. Zum Nachweis nutzen Sie bitte die Anlage zu Teil D des Anzeigeformulars (beigefügte Excel-Datei). Zur Auswertung der Angaben übermitteln Sie die Daten in elektronischer Form. Sofern mehrere Mitglieder des Kernteams Patienten gemeinsam behandelt haben, können die Angaben auch für mehrere Mitglieder des Kernteams gemeinsam gemacht werden. Sofern die Ausnahmeregelung zur Unterschreitung der Mindestmenge zur Anwendung gelangt, werden seitens des eLA nur befristete ASV-Berechtigungen bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen erteilt. Die Befristung entfällt, wenn die Nachweise zur Erfüllung der Mindestmengenvorgaben spätestens zwei Monate vor Ablauf der Frist vorgelegt werden.
7. Sonstiges Bescheid Vertragsarzt hat vertragsärztlichen Versorgungsauftrag bei	Der eLA entscheidet über die Anzeigen durch Beschluss und erteilt den Anzeigenden über die getroffene Entscheidung einen Bescheid. Im Falle institutioneller Benennung ergeht der Bescheid an den Leiter der Institution. Hat ein Vertragsarzt die ASV-Berechtigung erhalten, muss er beachten, dass er neben der ASV-Versorgung gemäß § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV und § 17 Abs. 1a BMV-Ä in hinreichendem Umfang der

Erweiterter Landesausschuss für das Land Brandenburg

Teilnahme an ASV zu beachten.	vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung steht.
Wegfall der Voraussetzungen	Erfüllt der ASV-Berechtigte (Vertragsarzt oder Krankenhaus) die Voraussetzungen für die Berechtigung nicht mehr (z. B. Ausscheiden aus Kernteam durch Zulassungsende oder Beendigung der Anstellung im Krankenhaus), so hat er dies dem eLA sowie der LKB, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und der KVBB unverzüglich mitzuteilen.
Nachbesetzungsmöglichkeit	Die Nachbesetzung durch Benennung des neuen Mitglieds gegenüber dem eLA hat innerhalb von 6 Monaten zu erfolgen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen.
Vertretung	Für alle Fälle der Vertretung gilt: Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärzte möglich, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem eLA, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVBB und der LKB zu melden.
keine ASV-Berechtigung für alle Berechtigten bei erfolgloser Nachbesetzung	Ist innerhalb der 6 Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen mit Ablauf der 6 Monate nicht mehr vor. Die Anzeige gegenüber dem eLA über die erfolglose Nachbesetzung hat innerhalb von 3 Werktagen nach Ablauf der 6 Monate zu erfolgen. Darüber hinaus ist dies den Landesverbänden der Krankenkassen, sowie den Ersatzkassen, der LKB und der KVBB zu melden.