

ASV Multiple Sklerose Süd Hessen

Koordinierte **A**mbulante **S**pezialfachärztliche **V**ersorgung

Gemeinsam stark gegen Multiple Sklerose

Ihre Vorteile in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV MS)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Multiple Sklerose ist eine komplexe, chronische Erkrankung, die viele Bereiche Ihres Lebens betrifft bzw. betreffen kann. Deshalb haben wir uns in einem spezialisierten, interdisziplinären Netzwerk zusammengeschlossen – der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung Multiple Sklerose (ASV MS) nach § 116b SGB V. Dieses Dokument informiert Sie über die Vorteile dieser vernetzten Versorgung und holt Ihre Einwilligung zur Teilnahme ein.

Was ist die ASV Multiple Sklerose?

Die ASV MS ist eine besondere, gesetzlich verankerte Versorgungsform, die Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose eine hochspezialisierte, koordinierte und interdisziplinäre Betreuung ermöglicht. Grundlage ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 15. Dezember 2022.

Das Kernteam wird gebildet aus Neurologinnen und Neurologen des Klinikum Darmstadt sowie einiger Praxen mit einem Behandlungsschwerpunkt im Bereich Multipler Sklerose. Auch wir sind dabei.

Darüber hinaus kooperieren Praxen aus den Bereichen Augenheilkunde, Frauenheilkunde & Geburtshilfe, Kardiologie, Laboratoriumsmedizin, Psychiatrie & Psychotherapie sowie Radiologie (inkl. Neuroradiologie) und Urologie.

Alle teilnehmenden Versorger verpflichten sich zu einer engen Kooperation.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Das ASV-Netzwerk bietet Ihnen entscheidende Vorteile gegenüber der Standardversorgung:



Ganzheitliche, koordinierte Betreuung

Alle beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte arbeiten eng zusammen. Befunde werden geteilt, Behandlungspläne abgestimmt. Sie müssen dieselben Informationen nicht mehrfach wiederholen.



Schnellere Diagnose und Therapieentscheidung

Durch die direkte Vernetzung aller Spezialisten können Befunde schneller ausgetauscht und Therapieentscheidungen zügig getroffen werden – ohne lange Wartezeiten zwischen einzelnen Facharztterminen.



Umfangreiches Leistungsspektrum

Im Rahmen der ASV können alle für Ihre MS-Behandlung relevanten Untersuchungen und Therapien direkt im Netzwerk erbracht werden – von MRT und Lumbalpunktion bis zu Infusionstherapien, neurophysiologischen Tests und psychotherapeutischer Begleitung.



ASV Multiple Sklerose Süd Hessen

Koordinierte **A**mbulante **S**pezialfachärztliche **V**ersorgung



Persönliche Beratung zu allen Lebensbereichen

Das Team berät Sie zu Medikamenten und Nebenwirkungen, Hilfsmitteln, Rehabilitation, sozialer Integration, Sexualität und Familienplanung sowie zu Selbsthilfeangeboten – immer individuell auf Ihre Situation abgestimmt.



24-Stunden-Notfallversorgung

Ein Neurologe ist rund um die Uhr in Rufbereitschaft. Im Fall einer plötzlichen Verschlechterung oder eines Krankheitsschubes sind wir auch außerhalb der Sprechstundenzeiten für Sie erreichbar.



Moderne Diagnostik & innovative Therapien

Sie profitieren von modernster Bildgebung (MRT, CT, Neurophysiologie), spezialisierten Laborleistungen sowie dem Zugang zu aktuellen medikamentösen Therapien – einschließlich Infusionstherapien und intrathekaler Pumpenversorgung.

So funktioniert die Teilnahme

Überweisung und Diagnose

Für die Teilnahme an der ASV MS benötigen Sie keine spezielle Überweisung, eine Einschreibung in unserer Praxis ist ausreichend. Zum Zeitpunkt der Überweisung müssen sie mindestens 18 Jahre alt sein und es muss eine gesicherte MS-Diagnose nach ICD-10-GM vorliegen (G35 – Multiple Sklerose / Encephalomyelitis disseminata, G36 oder G37). Innerhalb des Netzwerkes erfolgen Überweisungen an Kooperationspartner mit speziellen Überweisungen, auch Termine bei nicht teilnehmenden ÄrztInnen können weiter durch sie wahrgenommen werden.

Behandlungsplanung

Gemeinsam mit Ihnen erstellt unser Team einen individuellen Behandlungsplan. Alle beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte erhalten die für Ihre Behandlung relevanten Informationen und stimmen ihre Maßnahmen aufeinander ab.

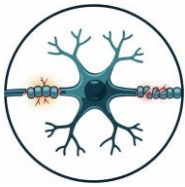
Medikationsplan

Wir erstellen und aktualisieren für Sie einen vollständigen elektronischen Medikationsplan gemäß § 5 Abs. 3 ASV-RL, der alle Ihre Medikamente übersichtlich darstellt und Wechselwirkungen minimiert.

Ihre Daten – sicher und geschützt

Der Schutz Ihrer persönlichen Gesundheitsdaten hat für uns höchste Priorität. Im Rahmen der ASV MS werden medizinische Daten nur im behandelnden Team und ausschließlich zu Ihrer medizinischen Versorgung ausgetauscht. Grundlage hierfür sind die gesetzlichen Regelungen (§ 116b SGB V) sowie die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Die Dokumentation Ihrer Diagnosen und Behandlungen erfolgt nach ICD-10-GM inklusive Diagnosesicherheit. Ihre elektronische Patientenakte (ePA) wird von uns aktiv gepflegt und auf aktuellem Stand gehalten.



ASV Multiple Sklerose Süd Hessen

Koordinierte **A**mbulante **S**pezialfachärztliche **V**ersorgung

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Bitte lesen Sie die folgenden Punkte sorgfältig durch und kennzeichnen Sie Ihre Zustimmung.

1. Angaben zur Person

Vorname, Name: _____	Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer: _____	PLZ, Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____	Telefonnummer: _____

2. Einwilligung zur Teilnahme an der ASV Multiple Sklerose

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und verstanden. Ich wurde über die Besonderheiten der ASV MS, den Behandlungsumfang sowie meine Rechte informiert. Ich willige hiermit in folgende Punkte ein:

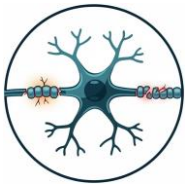
- Ich willige in die Aufnahme in das ASV-Netzwerk Multiple Sklerose ein und erkläre mich damit einverstanden, dass mein Behandlungsverlauf im interdisziplinären Team koordiniert wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen medizinischen Daten (Diagnosen, Befunde, Medikation) innerhalb des ASV-Teams ausgetauscht werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine elektronische Patientenakte (ePA) durch das ASV-Team gepflegt und aktualisiert wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass ein Medikationsplan nach § 5 Abs. 3 ASV-RL für mich erstellt und regelmäßig aktualisiert wird.

3. Einwilligung zum E-Mail-Kontakt durch das ASV-Netzwerk

Wir möchten Sie – soweit von Ihnen gewünscht – auch per E-Mail über wichtige Aspekte Ihrer Behandlung informieren. Bitte geben Sie an, in welchem Umfang Sie dem E-Mail-Kontakt zustimmen. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ich willige ein, dass das ASV-Netzwerk Multiple Sklerose mich per E-Mail kontaktieren darf für:

- Terminbestätigungen und Terminerinnerungen
- Wichtige Hinweise zu meiner Behandlung (z.B. Laborergebnisse, Medikationsänderungen)
- Informationen über Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen und Schulungsangebote zum Thema Multiple Sklerose
- Informationen zu neuen Therapiemöglichkeiten und klinischen Studien (nach Rücksprache mit dem Behandlungsteam)
- Newsletter des ASV-Netzwerks mit allgemeinen Gesundheitsinformationen rund um MS
- Ich möchte keinen E-Mail-Kontakt durch das ASV-Netzwerk.



ASV Multiple Sklerose Süd Hessen

Koordinierte **A**mbulante **S**pezialfachärztliche **V**ersorgung

Hinweis: Die E-Mail-Kommunikation erfolgt verschlüsselt, soweit technisch möglich. Bitte beachten Sie, dass unverschlüsselte E-Mails grundsätzlich einem Sicherheitsrisiko unterliegen können. Mit Ihrer Einwilligung akzeptieren Sie dieses Restrisiko. Ihre E-Mail-Adresse wird ausschließlich für die oben genannten Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

i Ihr Widerrufsrecht

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Bitte wenden Sie sich hierfür schriftlich oder persönlich an unser Praxisteam.

4. Unterschrift Teilnahme

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patienteninformation gelesen und verstanden habe, alle Fragen beantwortet wurden und ich freiwillig in die oben angekreuzten Punkte einwillige.

Ort, Datum: _____	Unterschrift Patientin / Patient: _____
-----------------------------	---

Bei gesetzlich Betreuten – Ort, Datum: _____	Unterschrift gesetzl. Vertreter / Betreuer: _____
--	---

4. Unterschrift Datenschutz

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die oben aufgeführten Datenschutzbestimmungen gelesen habe und den von mir gewählten Optionen zum Datenaustausch zustimme.

Ort, Datum: _____	Unterschrift Patientin / Patient: _____
-----------------------------	---

Bei gesetzlich Betreuten – Ort, Datum: _____	Unterschrift gesetzl. Vertreter / Betreuer: _____
--	---

Ort, Datum (Arzt / Praxis): _____	Stempel & Unterschrift Kernteammitglied: _____
---	--

ASV-Netzwerk Multiple Sklerose Süd Hessen • Gemeinsam für Ihre Gesundheit • Gegründet auf Basis des G-BA-Beschlusses vom 15. Dezember 2022