

Änderungsanzeige zurück an:

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser
für den Bereich Westfalen-Lippe
c/o KVWL
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

1.0 Änderungsanzeige des ASV Teams

1.1 Krankheitsbild: (Bitte immer angeben)

1.2 unter der Teamleitung von:

1.3 Aktenzeichen des letzten aktuellen Bescheides:

Hinweis: Alle beigefügten Urkunden (Facharzturkunden etc.) sowie evtl. erforderlichen Handelsregisterauszüge können in Kopie eingereicht werden, eine beglaubigte Abschrift ist nicht erforderlich.

**2.0 Neueintritt:
 Folgendes Teammitglied wird neu / zusätzlich benannt**

LANR: (sofern vorhanden) Titel, Vorname, Name oder Institution, ggf. angestellt bei, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus: Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung: Funktion im Team: beigefügte Belege: * (Bitte auswählen)

2.1

			<input type="checkbox"/>	Teamleitung	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
			<input type="checkbox"/>	Kernteam	<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGB V
			<input type="checkbox"/>	Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/>	Urkunde Palliativmedizin (soweit erforderlich)
			<input type="checkbox"/>	Palliativmedizin		

2.2

			<input type="checkbox"/>	Teamleitung	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
			<input type="checkbox"/>	Kernteam	<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
			<input type="checkbox"/>	Hinzuzuziehende	<input type="checkbox"/>	Urkunde Palliativmedizin (soweit erforderlich)
			<input type="checkbox"/>	Palliativmedizin		

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister besteht, kann alternativ das Einverständnis erklärt werden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Einsicht in bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegende Unterlagen nimmt (siehe Einverständniserklärung am Ende dieses Anzeigeformulars).

**3.0 Ausscheiden:
 Folgendes Teammitglied scheidet aus**

Titel, Vorname, Name oder Institution, ggf. angestellt bei, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus:	Stellvertretung wird zwischenzeitlich übernommen durch:	Zeitpunkt des Austritts:
--	---	--------------------------

3.1			
-----	--	--	--

3.2			
-----	--	--	--

3.3			
-----	--	--	--

4.0 Nur bei onkologischen Erkrankungen ASV-Kooperationsvereinbarung nach § 116b Abs. 4 S. 10 SGB V i. V. m. § 10 ASV-RL

4.1 Ist eine Anpassung des bestehenden Kooperationsvertrages erforderlich?
 (Ggf. kann die angezeigte Änderung der Zusammensetzung des Teams zu einer notwendigen Änderung des Kooperationsvertrages führen.) Ja Nein

4.2 Falls unter 4.1 „Ja“ angekreuzt wurde, fügen Sie die ASV-Kooperationsvereinbarung bei.

5. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

5.1 Die Leistungen werden (mit Ausnahme von an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie der Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten/Patientinnen entnommenem Untersuchungsmaterial) an dem angegebenen Tätigkeitsort der Teamleitung zu den folgenden festgelegten Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) von **allen** Mitgliedern des Kernteams angeboten (3 Abs. 2 S. 4 ASV-RL).

<input type="checkbox"/>	Montag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Dienstag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Freitag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr
<input type="checkbox"/>	Samstag	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr	und	von	<input type="text"/>	Uhr	bis	<input type="text"/>	Uhr

5.2 Abweichende Zeiten einzelner Kernteammitglieder sind gesondert beigefügt: Ja

5.3 Es wird versichert, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme unter 5. in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist. Ja Nein

5.4 Falls unter 5.3 „Nein“ angekreuzt wurde:
 Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

6.2 Zusätzlich gelten nach § 12 S. 3 der ASV-RL die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135 a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.

Es wird versichert, dass die Teammitglieder

a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern



und

b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einführen bzw. weiterentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.



7. Folgendes ist mir bekannt:

- 7.1 Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116 b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
- 7.2 Die Leistungen, die im Rahmen der ASV vom Berechtigten erbracht werden können, sind im Appendix der jeweiligen Konkretisierung bzw. Anlage betreffend der jeweiligen Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung der ASV-RL abschließend definiert (§ 5 Abs. 1 S. 2 ASV-RL).
- 7.3 Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Leistungserbringer können gegen Aufwendungsersatz die Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung von Leistungen der ASV beauftragen (§ 116 b Abs. 6 S. 1 SGB V).
- 7.4 Die Teilnahme an der ASV endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen oder krankenhausrrechtlichen Zulassung oder dem Ende der Berechtigung des teilnehmenden Krankenhauses stationäre Leistungen zu erbringen. Das Ausscheiden bzw. das Ende der Teilnahme ist dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen (§ 2 Abs. 3 S. 1 ASV-RL).
- 7.5 Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten gegenüber dem erweiterten Landesausschuss ein neues Mitglied zu benennen. Bis dahin ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, liegen die personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nach § 116 b SGB V unmittelbar nach Ablauf der sechs Monate nicht mehr vor; die Anzeige hierüber gegenüber dem erweiterten Landesausschuss hat innerhalb von drei Werktagen nach Ablauf der sechs Monate zu erfolgen (§ 2 Abs. 3 S. 3 f. ASV-RL).
- 7.6 Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, die die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesgesellschaft zu melden (§ 3 Abs. 4 S. 2 f. ASV-RL).
- 7.7 Sollten Sie die Anforderungen der jeweils aktuellen ASV-RL nicht oder nicht mehr erfüllen, sind der erweiterte Landesausschuss, die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen unverzüglich zu informieren (§ 116 b Abs. 2 S. 8 SGB V).

- 7.8 Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.
- 7.9 Überweisungserfordernis und Dokumentation: siehe „Anlage zum Überweisungserfordernis und Dokumentation“.
- 7.10 Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).
- 7.11 Der erweiterte Landesausschuss kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass oder nach Ablauf von fünf Jahren nach der ersten Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss oder der letzten Überprüfung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt (§ 116 b Abs. 2 S. 9 SGB V).
- 7.12 Mir ist bekannt, dass die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach § 116b Absatz 4 SGB V keine abweichende Regelung getroffen hat, durch die Krankenkassen erfolgt, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfung erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach § 116b Absatz 2 SGB V auf Verlangen vorzulegen (§ 116 b Abs. 6 Satz 10 SGB V).

8. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- 8.1 der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
- 8.2 die Zusammenarbeit in der ASV in einem interdisziplinären Team erfolgt und alle Absprachen zur Organisation der Zusammenarbeit des Teams entsprechend der ASV-RL erfolgt sind.
- 8.3 der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
- 8.4 die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus) (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 8.5 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lediglich entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden sie nicht erbringen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 8.6 eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 8.7 eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 8.8 die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).

Vertretungsbefugnis eines Bevollmächtigten

Es besteht eine Bevollmächtigung die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 ASV-RL gegenüber dem erweiterten Landesausschuss, anzuzeigen und diesem gegenüber Erklärungen mit Wirkung für die übrigen Mitglieder des ASV-Teams abzugeben:

Sofern "nein" angekreuzt wurde, ist die Änderungsanzeige von Anzeigenden zu unterschreiben.

Ja

Nein

Ort, Datum:

Name der/des Vertretungsberechtigten:

Unterschrift:

--	--	--

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus:

Ort, Datum:

Name der/des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses:

Unterschrift:

--	--	--

Bei Anzeige durch ein MVZ:

Ort, Datum:

Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ:

Unterschrift:

--	--	--

Bei Anzeige von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen:

Ort, Datum:

Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:

Unterschrift:

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:	Unterschrift:

Einverständniserklärung

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV Westfalen-Lippe bzw. beim Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorliegenden Unterlagen durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Ort, Datum:

Name Vertragsarzt/Vertragsärztin, LANR
(sofern vorhanden):

Unterschrift:
