

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

Anzeigeformular zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V

**von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson
gemäß der Anlage 2 - Buchstabe h**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)
(Beschluss vom 16.03.2018, 22.03.2019, 20.03.2020 und 18.03.2021)

1. Anzeige des Krankenhauses

1.1 Genaue Bezeichnung des Krankenhauses:

1.2 Anschrift des Krankenhauses:

1.3 Träger des Krankenhauses:

1.4 Das Krankenhaus wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):

1.5 Der Nachweis der Vertretungsberechtigung des Unterzeichners/ der Unterzeichnerin ist beigefügt:

 (Anlage zu 1.5)

1.6 Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen:

 (Anlage zu 1.6)

1.7 Feststellungs- bzw. Anerkennungsbescheid oder Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V ist beigefügt:

 (Anlage zu 1.7)

1.8 Institutionskennzeichen (für die stationäre Versorgung):

1.9 Das Krankenhaus ist befugt für die hier betroffenen Krankheitsbilder stationäre Leistungen zu erbringen:

Ja Nein

1.10 Telefon:

1.11 Fax:

1.12 E-Mail:

und/oder

2. Anzeigende Vertragsärzt*innen

2.1 Anzeigende Mitglieder des Teams (nur Teamleitung und Kernteam):

2.2	LANR:	Titel, Name, Vorname:	ggf. Angestellter**:	Adresse/Telefon /Fax /E-Mail des Vertragsarztsitzes:	Zulassungsbescheid ist in Kopie beigefügt*:
					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.2) nein <input type="checkbox"/>
2.3					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.3) nein <input type="checkbox"/>
2.4					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.4) nein <input type="checkbox"/>
2.5					ja <input type="checkbox"/> (Anlage zu 2.5) nein <input type="checkbox"/>

* 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).

Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

und/oder**3. Anzeige des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)**

3.1 Name und Rechtsform des MVZ:

3.2 Anschrift des MVZ:

3.3 Das MVZ wird vertreten durch (ggf. abweichende Anschrift und Kontaktdaten):

3.4 Der Nachweis der Vertretungsbefugnis des Unterzeichners/der Unterzeichnerin ist beigelegt: (Anlage zu 3.4)3.5 Zulassungsbescheid ist in Kopie beigelegt* : (Anlage zu 3.5)

3.6 Telefon:

3.7 Fax:

3.8 E-Mail:

* Hinweis für in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer: Es 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).

4. Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patient*innen mit Morbus Wilson.

Zur Gruppe der Patient*innen mit Morbus Wilson im Sinne der Richtlinie zählen Patient*innen mit Erkrankungen nach Ziffer 1 der Anlage 2 h) Morbus Wilson.

5. Behandlungsumfang

Eine Darstellung der Leistungen, die im Allgemeinen zur Diagnostik und Behandlung erbracht werden, finden Sie unter Nr. 2 der Anlage 2 h) der ASV-RL. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der Anlage 2 h) der ASV-RL abschließend definiert.

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

Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V in Papierform. Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplan nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren (§ 5 Abs. 3 S. 1, 2 ASV-RL).

6. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach Nummer 3 der Anlage 2 h) Morbus Wilson der ASV-RL

Die Versorgung der Patient*innen mit Morbus Wilson in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team nach § 3 ASV-RL.

Die erforderliche Zusammensetzung des Teams variiert je nachdem, ob Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen (Nr. 3.1 der Anlage 2 h) der ASV-RL).

Es sollen Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Ja

Nein

7. Angaben zur Teamleitung

7.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
oder				
7.2			Neurologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
oder				
7.3	Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ als Teamleiter benannt werden:			
			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
oder				
7.4			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Zusatz-Weiterbildung

* 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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

8. Angaben zum Kernteam

Mitglied(er) des Kernteams

(Die Fachgruppe des Teamleiters muss nicht zusätzlich im Kernteam vorhanden sein. Mehrere Nennungen pro Fachgruppe möglich.)

8.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege:*
			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
und				
8.2			Neurologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung

* 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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

8. Angaben zum Kernteam

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden **zusätzlich**:

8.3.	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
------	-----------------------------	--	------------------------	---------------------

			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
--	--	--	---	--

oder

8.4

			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Zusatz-Weiterbildung
--	--	--	---	--

8.5 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugen-Gastroenterologie verfügbar ist:

			Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
--	--	--	---------------------------	--

* 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).

** Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) ist die Teilnahme durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären.

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

Mitglieder der Hinzuzuziehenden (Mehrere Nennungen pro Fachgruppe sind möglich.)

9.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
		und		
9.2			Humangenetik	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
		und		
9.3			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
		und		
9.4			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

* 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).

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

und

9.5	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege:*
-----	--------------------------------	---	------------------------	---------------------

--	--

Pathologie

Facharzturkunde
(ggf. Urkunde über
Schwerpunktzeichnung)
Zulassungsbescheid bzw.
Feststellungsbescheid des
Krankenhauses

und

9.6.1

--	--

Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzturkunde

Zulassungsbescheid bzw.
Feststellungsbescheid des
Krankenhauses

oder

9.6.2

--	--

Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

Facharzturkunde

Zulassungsbescheid bzw.
Feststellungsbescheid des
Krankenhauses

oder

9.6.3

--	--

Psychologische(r) oder ärztli-
che(r) Psychotherapeut/in

Facharzturkunde

Zulassungsbescheid bzw.
Feststellungsbescheid des
Krankenhauses

und

* 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).

9. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

9.7	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
-----	--------------------------------	---	------------------------	---------------------

			Radiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
--	--	--	------------	--

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, **kann** zusätzlich als hinzuzuziehender Facharzt benannt werden:

9.8

			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
--	--	--	---	--

oder

9.9

			Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
--	--	--	---	--

oder

9.10

			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
--	--	--	--	--

* 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).

10. Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzt*innen

10.1 Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzt*Innen liegt für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung (§ 3 Abs. 2 S. 8 ASV-RL). Ja Nein

10.2 Falls unter 10.3.1 „Nein“ angekreuzt wurde:
 Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

11.1 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach Nr. 3.2. der Anlage 2 h) der ASV-RL:

Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht.

11.1.1 Transplantationszentren (Leber)

11.1.2 sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

11.2 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patient*innen mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

11.3 Mindestmengen

Keine.

12. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

12.1 Die Leistungen werden (mit Ausnahme von an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie der Aufbereitung und Untersuchung von bei Patient*innen 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

12.2 Abweichende Zeiten einzelner Kernteammitglieder sind gesondert beigefügt:

12.3 Es wird versichert, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme unter 15 in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist (falls zutreffend bitte ankreuzen): Ja Nein

12.4 Falls unter 15.3 „Nein“ angekreuzt wurde:
Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

13. Qualitätssicherung

13.1 Nach den §§ 3 Abs. 5, 4 Abs. 2 und 12 der ASV-RL gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (in der jeweils geltenden Fassung) in der ASV solange 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.
Bitte kreuzen Sie hier die in Frage kommende(n) Qualitätssicherungsvereinbarung(en) an.
Eine Übersicht der QS-Vereinbarungen finden Sie als Anlage zu diesem Anzeigeformular.

QS-Vereinbarung:		Name des Arztes:
Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	
Ultraschall-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Diagnostische Radiologie	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie	<input type="checkbox"/>	
Kernspintomographie-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Spezial-Labor	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Osteodensitometrie	<input type="checkbox"/>	
MR-Angiographie	<input type="checkbox"/>	

13. Qualitätssicherung

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 SGB V in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

13.2

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.

14. Folgendes ist mir bekannt:

- 14.1 Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
- 14.2 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).
- 14.3 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 (§ 116b Abs. 6 S. 1 SGB V).
- 14.4 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, 2 ASV-RL).
- 14.5 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 § 116b SGB V unmittelbar nach Ablauf der sechs Monate für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams 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).
- 14.6 Die Vertretung eines Mitglieds des interdisziplinären Teams ist nur durch Fachärzt*innen 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).
- 14.7 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 Krankenhausesgesellschaft Nordrhein Westfalen unverzüglich zu informieren (§ 116b Abs. 2 S. 8 SGB V).

14. Folgendes ist mir bekannt:

- 14.8 Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.
- 14.9 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Für Patient*innen aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patient*innen von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- 14.10 Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL. Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patient*innen mit Morbus Wilson ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren (§ 14 ASV-RL i.V.m. Nr. 3.3 der Anlage 2 h) zur ASV-RL).
- 14.11 Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).
- 14.12 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 (§ 116b Abs. 2 S. 9 SGB V).
- 14.13 Mir ist bekannt, dass die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der ASV-RL 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 Abs. 2 SGB V auf Verlangen vorzulegen (§ 116b Abs. 6 S. 10 SGB V).
- 14.14 Mir ist bekannt, dass eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen erfolgen soll (§ 7 ASV-RL).

15. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- 15.1 der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
- 15.2 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.
- 15.3 der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
- 15.4 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).
- 15.5 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).
- 15.6 eine Vertretung der Teammitglieder nur durch Facharzt*innen erfolgt, welche die in der ASV-RL normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 15.7 eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 15.8 die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patient*innen des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).
- 15.9 ich als Anzeigender alle angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name und Anschrift sowie alle eingereichten Unterlagen von mir und allen weiteren Teammitgliedern unter Berücksichtigung des Datenschutzes eingeholt habe und diese ausschließlich im Einverständnis der Betroffenen weitergegeben habe. Weiterhin bestätige ich, dass der erweiterte Landesausschuss diese Daten, die allein zum Zwecke der Bearbeitung der eingereichten Anzeige notwendig und erforderlich sind, im Rahmen der Anzeigenbearbeitung speichern und verarbeiten darf.

Bei Anzeige durch ein Krankenhaus:

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (optional, Mehrfachnennungen möglich):

Hiermit bevollmächtige ich widerruflich

Herrn / Frau	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	und / oder (Unzutreffendes bitte streichen)	
die Teamleitung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

die künftig für die beantragte ASV-Teilnahme nach der Anlage 2 Buchstabe h – Morbus Wilson mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben.

(Besteht keine Bevollmächtigung bedarf es bei allen künftigen Anzeigen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss einer Bestätigung durch alle Anzeigenden).

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des Krankenhauses:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bei Anzeige durch ein MVZ:

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (optional, Mehrfachnennungen möglich):

Hiermit bevollmächtige ich widerruflich

Herrn / Frau	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	und / oder (Unzutreffendes bitte streichen)	
die Teamleitung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

die künftig für die beantragte ASV-Teilnahme nach der Anlage 2 Buchstabe h – Morbus Wilson mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben.

(Besteht keine Bevollmächtigung bedarf es bei allen künftigen Anzeigen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss einer Bestätigung durch alle Anzeigenden).

Ort, Datum:	Name der/des Vertretungsberechtigten des MVZ:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bei Anzeige von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen:

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin*:	Unterschrift:

Bevollmächtigung zur Anzeige künftiger Änderungen an der Zusammensetzung des ASV-Teams gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (optional, Mehrfachnennungen möglich):

Hiermit bevollmächtige ich widerruflich

Herrn / Frau		<input type="checkbox"/>
	<small>und / oder (Unzutreffendes bitte streichen)</small>	
die Teamleitung		<input type="checkbox"/>

die künftig für die beantragte ASV-Teilnahme nach der Anlage 2 Buchstabe h – Morbus Wilson mitteilungspflichtigen Änderungen in der Zusammensetzung des Teams (Hinzukommen und/oder Ausscheiden von Teammitgliedern) gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen und im Rahmen dessen notwendige Mitteilungen und Versicherungen abzugeben.

(Besteht keine Bevollmächtigung bedarf es bei allen künftigen Anzeigen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss einer Bestätigung durch alle Anzeigenden).

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:	Unterschrift:

* Für **angestellte Ärzte** in Einzelpraxen muss der anstellende Arzt die Anzeige unterschreiben. Bei Teilnahme **von Angestellten in Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG, Ü-BAG) müssen alle Gesellschafter die Anzeige unterschreiben oder der durch den Gesellschaftsvertrag zur alleinigen Vertretung berechnigte Geschäftsführer (der Nachweis aus dem Gesellschaftsvertrag ist beizufügen).

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:	Unterschrift:

* Für **angestellte Ärzte in Einzelpraxen** ist das Einverständnis durch den anstellenden Arzt zu erteilen. Für **angestellte Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, Ü-BAG)** ist das Einverständnis durch alle Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft oder durch den einzelvertretungsberechtigten Geschäftsführer zu erklären. Für **angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren** ist das **Einverständnis durch den Geschäftsführer des MVZ zu erklären.**

Anlage 1) zum Anzeigeformular „Morbus Wilson“**Einverständniserklärung (ASV-Servicestelle)**

Namens und im Auftrag aller Mitglieder des anzeigenden ASV-Teams erkläre ich hiermit widerruflich unser Einverständnis zur Übermittlung von Ausfertigungen positiver Bescheide an die ASV-Servicestelle durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zwecks Verifizierung der Teilnahme unseres Teams an der ASV gegenüber der ASV-Servicestelle.

Hinweise:

- Die ASV-Servicestelle auf Bundesebene vergibt u.a. die für eine Abrechnung erforderliche ASV-Teamnummer.
- Dieses Einverständnis entbindet nicht von einer Meldung Ihrer Teilnahme an der ASV bei der ASV-Servicestelle (www.asv-servicestelle.de; siehe auch Merkblatt zum Anzeigeformular).

Ort, Datum:

Name der/des Teamleiter/in:

Unterschrift:

--	--	--

Anlage 2) zum Anzeigeformular „Morbus Wilson“

Übersicht QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für Morbus Wilson

Hinweis: nicht alle angegebenen GOP können von den mit einem Kreuz gekennzeichneten Arztgruppen erbracht werden; es gelten die Vorgaben des Appendix der Anlage 2 h) der ASV-RL.

QS-Vereinbarung	GOP EBM	Innere Medizin und Gastroenterologie	Neurologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	Augenheilkunde	Humangenetik	Innere Medizin und Nephrologie	Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder-Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Pathologie	Psychologischer/er oder ärztlicher Psychotherapeut/in	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	Radiologie	
		Kernteam					Hinzuzuziehende												
1. Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen	04241, 04322,			X	X	X													
2. Koloskopie	04514, 04518, 13421 - 13423	X			X														
3. Ultraschall-Vereinbarung	33000 - 33092	X		X	X		X		X	X									X
4. Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Diagnostische Radiologie	13430, 13431, 34221 - 34260																		X
5. Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie	34310 - 34345																		X
6. Kernspintomographie-Vereinbarung	34410 - 34452																		X
7. Spezial-Labor	32167 - 32556										X								
8. Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Osteodensitometrie	34600, 64601																		X
9. MR-Angiographie	34485																		X