

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 § 116 b SGB V

**von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (zystische Fibrose)
gemäß der Anlage 2 - Buchstabe b**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)
(Beschluss vom 15.12.2016, 16.03.2018 und 22.03.2019)

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 Vertragsärzte/ Vertragsärztinnen

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

Für angestellte Ärzte muss der anstellende Arzt die Teilnahme anzeigen. Bitte machen Sie kenntlich, wer angestellt ist und wer Anstellender ist.

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).

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

3.1 Name 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 beigefügt:

(Anlage zu 3.4)

3.5 Zulassungsbescheid ist in Kopie beigefügt* :

(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 Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose. Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

E84.- Zystische Fibrose

5. Behandlungsumfang

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

Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten 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. Behandlung von Kindern und Jugendlichen

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

6.1 Es sollen Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Ja Nein

7. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach Nummer 3 der Anlage 2 b) Mukoviszidose der ASV-RL

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL.

8. Angaben zur Teamleitung

8.1	LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
oder				
8.2	Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ als Teamleiter benannt werden:			
			Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Pneumologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Zusatzweiterbildung

* 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 zum Kernteam

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

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

9.3.1 Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich:

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name, ggf. angestellt bei**, Anschrift des ASV-Tätigkeitsortes:	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege:*	
		Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Pneumologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
			<input type="checkbox"/>	ggf. Urkunde über Zusatzweiterbildung
		oder		
		Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
			<input type="checkbox"/>	ggf. Urkunde über Zusatzweiterbildung

9.3.2 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer der genannten Zusatzweiterbildungen verfügar 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.

10. Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten

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

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	beigefügte Belege*:	
10.1.1	<input type="text"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
		und		
10.1.2	<input type="text"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
		und		
10.1.3	<input type="text"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
		und		
10.1.4	<input type="text"/>	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV

* 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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbil- dung	beigefügte Belege: [*]
und			
10.1.5		Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
und			
10.1.6		Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
und			
10.1.7		Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
und			
10.1.8.1		Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
oder			
10.1.8.2		Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV

^{*} 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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbil- dung	beigefügte Belege:*
oder			
10.1.8.3			
		Psychologische(r) oder ärztli- che(r) Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
und			
10.1.9			
		Pathologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
und			
10.1.10			
		Radiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV
und			
10.1.11			
		Urologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid und / oder Feststellungsbescheid nach § 108 SGBV

* 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).

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

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege*:
10.2.1	<input type="text"/>	Kinder- und Jugendmedizin mit Zu- satzweiterbildung Kinder Endokrino- logie und – Diabetologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbe- zeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
10.2.2.1	<input type="text"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder			
10.2.2.2	<input type="text"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Approbationsurkunde <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).

10.3.1 Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte 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

10.3.2 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. Buchstabe a) der Anlage 2 b) 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 | sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten | <input type="checkbox"/> |
| 11.1.2 | Physiotherapie | <input type="checkbox"/> |
| 11.1.3 | Ernährungstherapie | <input type="checkbox"/> |

11.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach Nr. 3.2. Buschstabe b) der Anlage 2 b) der ASV-RL:

Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass

eine Trennung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Keimbesiedlungen gewährleistet ist.

11.3 Dokumentation

Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren.

12. Tätigkeitsort zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen

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 den Mitgliedern des Kernteams angeboten:

12.1 Teammitglied/er des Kernteams (Name/n)*:

<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 Es wird versichert, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme unter 12. in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist. Ja Nein

12.3 Falls unter 12.2 „Nein“ angekreuzt wurde:
Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

* Soweit die einzelnen Mitglieder des Teams an unterschiedlichen Tagen am Tätigkeitsort der Teamleitung Leistungen erbringen, benutzen Sie diese Seite bitte ggf. mehrfach unter Angabe, um welches Teammitglied / welche Teammitglieder es sich jeweils handelt.

13. Mindestmengen

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und 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 Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

Es wird versichert, dass das Kernteam in den zurückliegenden vier Quartalen insgesamt die angegebene Anzahl an Patientinnen bzw. Patienten der genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt hat.

Bitte geben Sie die Anzahl an:

14. Qualitätssicherung

14.1 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:
Langzeitelektrokardiographische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Molekulargenetik	<input type="checkbox"/>	
Laborrichtlinie	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	<input type="checkbox"/>	
CT – Strahlendiagnostik- / -therapievereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Ultraschallvereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur otoakustischen Emissionen	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Knochendichtemessung	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie	<input type="checkbox"/>	
Kernspintomographie-Vereinbarung	<input type="checkbox"/>	

14.2

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

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.

15. Folgendes ist mir bekannt:

- 15.1 Im Rahmen der Teilnahme an der ASV sind die Regelungen nach § 116b SGB V und nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) zu beachten.
- 15.2 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).
- 15.3 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).
- 15.4 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).
- 15.5 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 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).
- 15.6 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).
- 15.7 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).

- 15.8 Es ist eine unverzügliche Anzeige erforderlich, wenn ambulante Leistungen im Rahmen der ASV insgesamt nicht mehr durchgeführt werden.
- 15.9 Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- 15.10 Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL. Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose 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 b) zur ASV-RL).
- 15.11 Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL).
- 15.12 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 (§ 116 b Abs. 2 S. 9 SGB V).
- 15.13 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 (§ 116 b Abs. 6 S. 10 SGB V).

16. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- 16.1 der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie mir bekannt sind.
- 16.2 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.
- 16.3 der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung behindertengerecht sind (§ 4 Abs. 2 ASV-RL).
- 16.4 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).
- 16.5 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).
- 16.6 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).
- 16.7 eine Meldung an den erweiterten Landesausschuss nach § 116b SGB V erfolgt, wenn die Vertretung länger als eine Woche dauert (§ 3 Abs. 4 ASV-RL).
- 16.8 die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen (§ 3 Abs. 5 ASV-RL).

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:

Unterschrift:

Ort, Datum:	Name Vertragsarzt/Vertragsärztin:	Unterschrift:

Anlage zum Anzeigeformular „Mukoviszidose“

Einverständniserklärung

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 zum Anzeigeformular „Mukoviszidose“

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

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

QS-Vereinbarung	GOP EBM	Kernteam					Hinzuzuziehende																				
		Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder-Gastroenterologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut/in	Radiologie	Urologie						
1. Langzeitelektrokardiographische Untersuchungen	04241, 04322,			X	X	X																					
2. Vereinbarung zur Molekulargenetik	11351 – 11449,																										
3. Laborrichtlinie	32176 - 32859																										
4. Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	04521, 13420, 13430, 13431, 34210 – 34280,	X	X	X	X	X																					X
5. CT – Strahlendiagnostik- / -therapievereinbarung	34320 -34345																										X
6. Ultraschallvereinbarung	08341, 13545, 13550, 33010 - 33092	X	X	X	X	X	X	X	X																		X X
7. Vereinbarung zur otoakustischen Emissionen	09324																										
8. Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Knochendichtemessung	34600, 34601																										X
9. Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie	13421, 13422, 13423, 04514, 04518, 04520,		X				X																				
10. Kernspintomographie-Vereinbarung	34411 – 34442																										X