

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 pulmonaler Hypertonie  
gemäß der Anlage 2 - Buchstabe I**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die  
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)  
(Beschluss vom 17.12.2015 und 16.03.2018)

**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):

2.2	LANR	Titel, Name, Vorname:	ggf. Angestellter**:	Adresse/Telefon /Fax /E-Mail des Vertragsarztsitzes:	Zulassungsbescheid ist in Kopie beigelegt *
					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

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie (Nr. 1 der Anlage 2 I) der ASV-RL). Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie
- I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
- P29.3 Persistierender Fetalkreislauf

entsprechend der Nizza-Klassifikation

- Pulmonale Hypertonie der Klassen 1, 1' oder 1'' der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 4 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klasse 3.2 der Nizza-Klassifikation, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 5.1 oder 5.3 der Nizza-Klassifikation
- Pulmonale Hypertonie der Klassen 2, 3 (ohne 3.2, die sich bereits im Kindesalter entwickelt hat), 5.2 oder 5.4 der Nizza-Klassifikation mit einem deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehenden Krankheitsverlauf.

#### 5. Behandlungsumfang

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

- 6.1 Es sollen Kinder und Jugendliche behandelt werden: Ja  Nein   
 Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 3 ASV-RL.

## 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 Kardiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
		oder		
7.2			Innere Medizin und Pneumologie	<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.

**7.3 Sofern Kinder und Jugendliche** behandelt werden, **kann** alternativ als Teamleiter benannt werden:

		Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
<b>oder</b>		Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Zusatzweiterbildung

**8. Angaben zum Kernteam**

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

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

und

8.2			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
-----	--	--	--------------------------------	---

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

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

oder

**8.3.2 Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung 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 Fachärztinnen/Fachärzten**

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*:
-----	--------------------------------	---	------------------------	---------------------

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

und

9.1.2			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
-------	--	--	--------------------------------------	---

und

9.1.3			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktzeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
-------	--	--	----------------------------------	---

und

9.1.4			Laboratoriumsmedizin	<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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege: <sup>*</sup>
und			
9.1.5		Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
9.1.6.1		Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder			
9.1.6.2		Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder			
9.1.6.3		Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
9.1.7		Radiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

<sup>\*</sup> 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).

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

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, An- schrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege: <sup>*</sup>	
<b>9.2.1</b>				
		Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder				
<b>9.2.2</b>				
		Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Zusatzbezeichnung)
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder				
<b>9.2.3</b>				
		Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder				
<b>9.2.4</b>				
		Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>	Approbationsurkunde
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses

<sup>\*</sup> 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).

9.5 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

9.6 Falls unter 9.2.1 „Nein“ angekreuzt wurde:  
Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

**10.1 Sächliche und organisatorische Anforderungen nach Nr. 3.2. der Anlage 2 I) 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.

- 10.1.1 Transplantationszentren (Lunge, Herz)
- 10.1.2 soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangebot
- 10.1.3 Physiotherapie

## 10.2 24-Stunden-Notfallversorgung

Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten besteht:

10.2.1 Innere Medizin und Kardiologie

oder

10.2.2 Innere Medizin und Pneumologie

10.2.3 Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass die 24-Stunden-Notfallversorgung auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik umfasst.

## 10.3 Diagnostik und Behandlung

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

10.3.1 die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

10.3.2 Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie bereitgehalten werden.

10.3.3 eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.

**11. 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:

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

<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

11.2 Es wird versichert, dass der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen im Sinne der Ausnahme unter 11. in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ist. Ja  Nein

11.3 Falls unter 11.2 „Nein“ angekreuzt wurde:  
Bitte benennen Sie, für welche benannten Ärzte und Institutionen dies bezogen auf welche Leistungen nicht zutrifft:

## 12. Mindestmengen

Das Kernteam muss nach Nr. 3.4. der Anlage 2 I) der ASV-RL mindestens 50 Patientinnen und Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ in der Anlage 2 I) der ASV-RL 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 unter „Nr. 1. Konkretisierung der Erkrankung“ der Anlage 2 I) der ASV-RL 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:

**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:
Langzeitelektro-kardiographischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle	<input type="checkbox"/>	
QSV zur Koloskopie	<input type="checkbox"/>	
Ultraschallvereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Röntgendiagnostik (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Strahlendiagnostik und -therapie	<input type="checkbox"/>	
Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor	<input type="checkbox"/>	
Interventionelle Radiologie	<input type="checkbox"/>	
CT – Strahlendiagnostik- / -therapievereinbarung	<input type="checkbox"/>	
Kernspintomographie (mit Gerätenachweis)	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur MR-Angiografie	<input type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Knochendichtemessung	<input type="checkbox"/>	



13.2

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

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 § 116 b 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 (§ 116 b 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 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 § 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).
- 14.6 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 Landeskrankengesellschaft 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 Krankengesellschaft Nordrhein Westfalen unverzüglich zu informieren (§ 116 b Abs. 2 S. 8 SGB V).

- 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. Bei pulmonaler Hypertonie (ICD-Kode I27.28) ist die Überweisung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie erforderlich. 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 (§ 8 ASV-RL i.V.m. Nr. 4. der Anlage 2 I) zur ASV-RL).
- 14.10 Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend den Vorgaben der ASV-RL. Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie 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 I) 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 (§ 116 b 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 Richtlinie nach Absatz 4 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 Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen (§ 116 b Abs. 6 S. 10 SGB V).

**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 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).
- 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 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:

\* 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 bzw. MVZ:	Unterschrift:

**Anlage 1) zum Anzeigeformular „pulmonale Hypertonie“**

**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](http://www.asv-servicestelle.de); siehe auch Merkblatt zum Anzeigeformular).

Ort, Datum:

Name der/des Teamleiter/in:

Unterschrift:

--	--	--



**Anlage 2) zum Anzeigeformular „pulmonale Hypertonie“**

**Übersicht QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für pulmonale Hypertonie**

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

QS-Vereinbarung	GOP EBM	Kernteam				Hinzuzuziehende												
		Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Pneumologie	Kinder- und Jugendmed. mit SP Kinder-Kardiologie	Kinder- und Jugendmed. mit ZW Kinder-Pneumologie	Humangenetik	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Rheumatologie	Laboratoriumsmedizin	Nuklearmedizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Med. und Psychotherapie	Psychologische oder ärztliche Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichen	Radiologie	Kinder- und Jugendmed. mit ZW Kinder-Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmed. mit ZW Kinder-Rheumatologie	Kinder- und Jugend-psychotherapie und Psychotherapie	
1. Langzeitelektro-kardiographischen Untersuchungen	04241, 04322, 04410, 13550	X		X		X												
2. Rhythmusimplantat-Kontrolle	04411, 04413-04416, 13571-13576	X		X														
3. QSV zur Koloskopie	13424 i.V.m. 13412							X										
4. Ultraschallvereinbarung	04410, 13545, 13550, 33012 - 33092	X	X	X	X	X		X	X		X				X	X	X	
5. Röntgendiagnostik (mit Gerätenachweis)	34220 - 34282	X	X	X	X	X									X			
6. Strahlendiagnostik und –therapie	17310 - 17363												X					
7. Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	30900 - 30901		X			X												
8. Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor	32176 - 32863									X								
9. Interventionelle Radiologie	34283, 34286														X			
10. CT – Strahlendiagnostik- / -therapievereinbarung	34310 - 34342														X			
11. Kernspintomographie (mit Gerätenachweis)	34410 - 34452														X			
12. Vereinbarung zur MR-Angiografie	34470 - 34492														X			
13. Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Knochendichtemessung	34600, 34601														X			

1.	Langzeitelektro-kardiographischen Untersuchungen	04241, 04322, 04410, 13550	X	X	X
----	--	----------------------------	---	---	---