

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 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit
rheumatologischen Erkrankungen
gemäß der Anlage 1.1 b) - Teil 2: Kinder und Jugendliche**

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)
(Beschlüsse vom 15.12.2016, 08.11.2017, 21.12.2017 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 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 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 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen rheumatologischer Erkrankungen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit den unter Ziffer 1 der Anlage 1.1 b) Teil 2) der ASV-RL genannten Erkrankungen:

5. Behandlungsumfang

Es gilt der in Ziffer 2 der Anlage 1.1 b) Teil 1 der ASV-RL zur rheumatologischen Behandlung von Erwachsenen geregelte Behandlungsumfang, soweit diese Prozeduren bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.

Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:

- Humangenetische Untersuchungen
- Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen Integration.

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:

- bei Jugendlichen in der Übergangsrheumatologie ein geleiteter Übergang in ein erwachsenenorientiertes Versorgungssystem (Transition) unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung und Krankheitsbewältigung unter Koordination eines Kinderreumatologen.

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. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach Ziffer 3 der Anlage 1.1 b) Teil 2: der ASV-RL

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit rheumatologischen Erkrankungen 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*:
			Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> 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).

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:*
			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde
		und		
8.2			Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Urkunde über Zusatzweiterbildung
		und		
8.3			Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Urkunde über Zusatzweiterbildung

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist. (Bitte Nachweise beifügen.)

* 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.)

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege:*
9.1.1	<input type="text"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
9.1.2	<input type="text"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
9.1.3	<input type="text"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
	und		
9.1.4	<input type="text"/>	Humangenetik <small>nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom</small>	<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, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege:*
und			
9.1.5	<input type="text"/>	Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
9.1.6.1	<input type="text"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder			
9.1.6.2	<input type="text"/>	Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Facharzturkunde sowie Urkunde über Zusatzweiterbildung <input type="checkbox"/> Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und			
9.1.7.1	<input type="text"/>	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus		Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege: [*]	
oder					
9.1.7.2			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde sowie Ur- kunde über Schwerpunktbe- zeichnung) Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
				<input type="checkbox"/>	
und					
9.1.8.1			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
				<input type="checkbox"/>	
oder					
9.1.8.2			Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde sowie Urkunde über Schwerpunktbezeichnung Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
				<input type="checkbox"/>	
und					
9.1.9.1			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
				<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).

LANR: (sofern vorhanden)	Titel, Vorname, Name oder Institution, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus	Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege:*	
oder				
9.1.9.2	<input type="text"/>	Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde sowie Urkunde über Zusatzweiterbildung Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und				
9.1.10.1	<input type="text"/>	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde (ggf. Urkunde über Schwerpunktbezeichnung) Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder				
9.1.10.2	<input type="text"/>	Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde sowie Urkunde über Zusatzweiterbildung Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und				
9.1.11	<input type="text"/>	Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid ist in Ko- pie beigefügt

* 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, Anschrift Praxis oder Anschrift Krankenhaus		Fachgebietsbezeichnung	beigefügte Belege: [*]	
9.1.12	und		Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.1.13.1	und		Neurologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.1.13.2	oder		Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde und Urkunde über Schwerpunktbezeichnung
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.1.14	und		Pathologie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
				<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
9.1.15.1	und		Psychiatrie und Psychotherapie	<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*:	
oder				
9.1.15.2	<input type="text"/>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder				
9.1.15.3	<input type="text"/>	Psychologische(r) oder ärztli- che(r) Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>	Approbationsurkunde bzw. Facharzturkunde
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder				
9.1.15.4	<input type="text"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Facharzturkunde
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
oder				
9.1.15.5	<input type="text"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)	<input type="checkbox"/>	Approbationsurkunde
			<input type="checkbox"/>	Zulassungsbescheid bzw. Feststellungsbescheid des Krankenhauses
und				
9.1.16	<input type="text"/>	Radiologie	<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).

9.2.1 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

9.2.2 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. Sächliche und organisatorische Anforderungen nach Ziffer 3.2. der Anlage 1.1 b) Teil 2 der ASV-RL:

10.1 Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht. (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

10.1.1 Physiotherapie

10.1.2 Ergotherapie

10.1.3 Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher

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

10.2 Es wird versichert, dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur dafür Sorge getragen wird, dass (bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

10.2.1 dass eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einem Krankenhaus besteht, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung ist der Patientin bzw. dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten namentlich zu nennen.

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik

10.2.2 die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht.

10.2.3 Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm zur Verfügung gestellt werden.

10.2.4 Es wird versichert, dass die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor in 30 minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sind (§ 4 Abs. 1 S. 3 ASV-RL).

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

Eine Mindestzahl wird nicht festgelegt.

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:

- Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen
- Ultraschallvereinbarung
- Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie
- CT - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie
- Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen
- Vereinbarung zur interventionellen Radiologie
- Vereinbarung zur invasiven Kardiologie
- Vereinbarung zur MRT-Angiographie
- Röntgendiagnostik - Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie (mit Gerätenachweis)
- Vereinbarung zur Kernspintomographie
- Vereinbarung zur Koloskopie einschl. der Voraussetzungen zum ambulanten Operieren

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 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.

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 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 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).
- 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).

- 14.8 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. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.
- 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.
- Eine Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss jedoch innerhalb von zwei Quartalen nach Erstkontakt in eine gesicherte Diagnose überführt sein.
- 14.10 Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung entsprechend § 14 ASV-RL.
- Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind zu dokumentieren (§ 14 ASV-RL i.V.m. Ziffer 3.3 der Anlage 1.1 b) Teil 2 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 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).

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:

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 zum Anzeigeformular rheumatologische Erkrankungen Teil 2**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:

--	--	--

