

► ► Mukoviszidose (zystische Fibrose)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

Ich erkläre, dass ich die Bedingungen zur Teilnahme an der ASV nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkenne. Insbesondere wird die Einhaltung folgender Bedingungen bzw. die Erfüllung folgender Voraussetzungen versichert:

- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Eine Vertretung der Mitglieder erfolgt nur durch Fachärzte, welche die in der ASV-Richtlinie des G-BA normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen; Vertretungen, die länger als eine Woche dauern, werden dem erweiterten Landesausschuss, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KVBB und der LKB gemeldet.
- Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuziehende Fachärzte) ausscheidet, ist dies dem erweiterten Landesausschuss innerhalb von sieben Werktagen anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116 b Abs. 3 Satz 1 SGB V ein neues Mitglied zu benennen.
- Die Mitglieder des Kernteams müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anbieten. An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von dieser Regelung ausgenommen. Der Ort der Leistungserbringung für direkt an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärzte für direkt an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Bei der Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der ASV werden die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt und eingehalten.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung sind behindertengerecht. Barrierefreiheit wird angestrebt.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß der Anlage 2b) der ASV-Richtlinie des G-BA erfüllt und die dort geforderten Bereiche vorgehalten.
- Die apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität nach Maßgabe der QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden eingehalten.
- Die Patienten werden bei Erstkontakt mit der ASV umfassend und in für diese verständlicher Weise über das Versorgungsangebot der ASV, über das interdisziplinäre Team, über die Behandlungsmaßnahmen und -ziele und das betreffende Leistungsspektrum informiert.
- Durch die ASV-Berechtigten wird sichergestellt, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird unterstützt.
- Mit den Patienten-/selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.

► ► Mukoviszidose (zystische Fibrose)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 1)

- Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass:
 - a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
 - soziale Dienste wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
 - Physiotherapie
 - ErnährungstherapieHierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
 - b) eine Trennung von Patienten mit verschiedenen Keimbeseidlungen gewährleistet ist.
- Die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit werden dokumentiert.
- Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärzte des Kernteams ermöglicht.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller meiner im Zusammenhang mit der Anzeige zur Teilnahme an der ASV gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass meine Angaben geprüft werden und unrichtige Angaben zum Widerruf der Berechtigung zur Teilnahme an der ASV und zur Rückforderung der für die erbrachten Leistungen gezahlten Honorare führen können.

Sofern eine der nachfolgend zur Unterzeichnung aufgeförderten Arztgruppen durch einen angestellten Arzt besetzt wird, ist diese Erklärung von dem angestellten Arzt bei der jeweiligen Arztgruppe sowie nach dem Anzeigensteller anschließend an diesen Text von dem jeweiligen Unterzeichnungsberechtigten des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ, Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V zu unterzeichnen.

_____ Ort, Datum	_____ Name Anzeigensteller <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter <i>des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

► ► Mukoviszidose (zystische Fibrose)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 2)

_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name Unterzeichnungsberechtigter des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name Teamleiter (in Druckschrift) Innere Medizin und Pneumologie	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name Teamleiter Kinder- und Jugendmedizin – Zusatz-Weiterbildung Kinder- Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin* (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Innere Medizin und Pneumologie (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Innere Medizin und Gastroenterologie (in Druckschrift)	_____ Unterschrift

* auch, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

► ► Mukoviszidose (zystische Fibrose)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 3)

_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Kinder- und Jugendmedizin – Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin* <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Kinder- und Jugendmedizin – Zusatz-Weiterbildung Kinder- Gastroenterologie** <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Frauenheilkunde und Geburtshilfe <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Humangenetik <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Kardiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

* auch, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

** können benannt werden, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

► ► Mukoviszidose (zystische Fibrose)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 4)

_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Laboratoriumsmedizin <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Pathologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Radiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Urologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Kinder- und Jugendmedizin – Zusatz-Weiterbildung Kinder Endokrinologie und -diabetologie** <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

** können benannt werden, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

▶▶ Mukoviszidose (zystische Fibrose)

Teil F Erklärungen zur Teilnahme an der ASV (Fortsetzung 5)

_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut** (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
---------------------	---	-----------------------

** können benannt werden, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

[Hinweis: ggf. weitere Seite(n) für die Erklärungen zur Teilnahme an der ASV verwenden!]