

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

MorbW/

Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V**1. Gegenstand der Anzeige: Morbus Wilson****2. Angaben zum Anzeigenden (ASV-Berechtigter):**

- Krankenhaus Vertragsarzt* Medizinisches Versorgungszentrum/
Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V

Name/ Einrichtung:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

LANR: _____ BSNR: _____ Institutskenzeichen: _____

3. beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

- Teil A personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)
- Teil B sächliche und organisatorische Anforderungen
- Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV
- Teil E Einverständniserklärung

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

4. Beginn der Teilnahme an der ASV ist vorgesehen ab dem: _____
Tag/Monat/Jahr

5. Unterzeichnung:

Datum: _____

Stempel/ Unterschrift:

Der Nachweis der Bevollmächtigung des Unterzeichners ist beigefügt:

Ja

Nein

6. Bevollmächtigung eines Anzeigenden (ASV-Berechtigten) zum Bevollmächtigten gemäß § 13 SGB X sowie zur Entgegennahme von Bescheiden des eLA gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 SGB X:

Zeigen mehrere Anzeigensteller (ASV-Berechtigte) gemäß § 2 Absatz 2 Satz 3 ASV-RL ihre gemeinsame Teilnahme an, sollen sie dem eLA gegenüber einen von ihnen als Bevollmächtigten bestellen, der gemäß § 13 SGB X ermächtigt ist, im Rahmen der Prüfung ihrer Berechtigung durch den eLA Verfahrenshandlungen vorzunehmen sowie gegenüber dem der eLA gemäß § 37 SGB X seine Bescheide bekanntgeben kann.

Bevollmächtigter: _____

Unterschrift aller weiteren Anzeigensteller:

Name/ Einrichtung:

Unterschrift:

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

MorbW/

Teil A

1. Personelle Anforderungen Morbus Wilson

1.a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebiets- bezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz- weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
a) Teamleitung		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
oder				
b) Teamleitung		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.a) Angaben zur Teamleitung				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebiets- bezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz- weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden alternativ:				
c) Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
oder				
c) Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* der Teamleitung		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.b) Angaben zum Kernteam				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebiets- bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz- weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Teammitglied		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich:				
Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
oder				
Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Gastroenterologie**	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Teammitglied		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

** Falls kein Facharzt mit der genannten Schwerpunktbezeichnung bzw Zusatzweiterbildung verfügbar, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebiets- bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz- weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Humangenetik	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriums- medizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Laboratoriums- medizin	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung Hinzuzuziehender		LANR	Pathologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (bei einer institutionellen Benennung Name der Institution) Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebiets- bezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatz- weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Hinzuzuziehender		LANR	Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher Psychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher Psychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Radiologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Fortsetzung:

1.c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärzten:				
Funktion:	Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	LANR BSNR Institutskennzeichen	Fachgebiets- bezeichnung mit Schwerpunkt / Zusatz- weiterbildung	geeignete Nachweise beigefügt
Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:				
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung* Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Hinzuzuziehender		LANR	Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		
Vertretung Hinzuzuziehender*		LANR	Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeut	<input type="checkbox"/>
		BSNR		
		IK		

Die regelmäßige Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team ist gewährleistet durch, z. B. regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechung:

*optional

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

2. Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser

Genaue Bezeichnung:		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
Fax:		
E-Mail:		
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

3. Anzeige der teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bzw. Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V

Vorname, Name (Vertragsarzt bzw. des Geschäftsführer des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß § 311 SGB V):	
Anschrift:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
LANR:	
BSNR:	
BSNR (Nebenbetriebsstätten):	

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

MorbW/

Teil B**sächliche und organisatorische Anforderungen - Morbus Wilson****1. Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen**geeignete
Nachweise beigelegt

Soziale Dienste oder vergleichbare Dienste mit Beratungsangeboten (Dienste bitte benennen):

Transplantationszentren - Leber (bitte benennen):

2. Behindertengerechter Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung werden von allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams gewährleistet ja nein

Bemerkungen:

3. Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar ja nein

Bemerkungen:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird versichert.

Name, Vorname (Anzeigensteller): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

MorbW/

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen

- Morbus Wilson

Kernteam**FA Innere Medizin und Gastroenterologie**

Name:

geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
--------------------------------------	---------------------------------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Morbus Wilson**Kernteam****FA für Neurologie**

Name:

geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
---	--

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C **Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen** - Morbus Wilson

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin

(nur, wenn kein FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie oder der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie verfügbar ist)

Name: _____

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Morbus Wilson

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie

Name: _____

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Morbus Wilson

Kernteam

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie

Name: _____

**geeignete
Nachweise
beigefügt*** **Genehmigung
durch KVT
liegt vor**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen - Morbus Wilson

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Augenheilkunde

Name:

**geeignete
Nachweise
beigefügt*** **Genehmigung
durch KVT
liegt vor**

- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

FA für Innere Medizin und Nephrologie

Name:

**geeignete
Nachweise
beigefügt*** **Genehmigung
durch KVT
liegt vor**

- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie

Name:

**geeignete
Nachweise
beigefügt*** **Genehmigung
durch KVT
liegt vor**

- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Morbus Wilson**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Laboratoriumsmedizin**

Name:

geeignete
Nachweise
beigefügt* Genehmigung
durch KVT
liegt vor

- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin

Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Name:

geeignete
Nachweise
beigefügt* Genehmigung
durch KVT
liegt vor

- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)**
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

Name:

geeignete
Nachweise
beigefügt* Genehmigung
durch KVT
liegt vor

- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

** nur ärztlicher Psychotherapeut

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen
- Morbus Wilson**Hinzuzuziehende Fachärzte****FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Name:

**geeignete
Nachweise
beigefügt*****Genehmigung
durch KVT
liegt vor**

- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name:

**geeignete
Nachweise
beigefügt*****Genehmigung
durch KVT
liegt vor**

- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Psychosomatische Grundversorgung)
- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)

FA für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Name:

**geeignete
Nachweise
beigefügt*****Genehmigung
durch KVT
liegt vor**

- Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä (Übende und suggestive Interventionen)

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Teil C **Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsbestimmungen** - Morbus Wilson

Hinzuzuziehende Fachärzte

FA für Radiologie

Name:

	geeignete Nachweise beigefügt*	Genehmigung durch KVT liegt vor
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Röntgendiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Computertomographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entspr. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Knochendichtemessung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Eine Auflistung der jeweils erforderlichen Nachweise finden Sie im Anhang zu Teil C

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

MorbW/

Teil D Erklärungen zur Teilnahme an der ASV - Morbus Wilson

- Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung Morbus Wilson sind den Mitgliedern des interdisziplinären Teams bekannt.
- Die ASV-Berechtigten stellen sicher, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patienten innerhalb des ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Beachtung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Die spezialfachärztlichen Leistungen des Kernteams werden am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten.
- Direkt am Patienten durch das Kernteam oder die hinzuzuziehenden Fachärzte zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.
- 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.
- 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 bzw. der „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V“ erfüllt und eingehalten.
- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.
- Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden gemäß den Anlagen 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 Qualitätssicherungsvereinbarungen 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.
- Das Einverständnis zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach Maßgabe der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird erklärt.
- Die Dokumentation erfolgt gemeinsam und ermöglicht eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird 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.
- Diagnostik und Behandlung (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit) werden dokumentiert.
- Mir ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch den behandelnden Vertragsarzt besteht. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- Die Mitglieder des interdisziplinären Teams nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Anzeigepflichten:

- 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 KVT und der LKHG Thüringen durch die Teamleitung gemeldet.
- 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.
- Der Wegfall der Erfüllung einzelner Voraussetzungen der ASV-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V ist unverzüglich anzuzeigen.
- Es ist bekannt, dass der Erweiterte Landesausschuss berechtigt ist, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ASV weiterhin erfüllt werden.

Hinweise auf weitere Pflichten:

- Auf Verlangen des Patienten hat eine Aktualisierung und, sofern 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 zu erfolgen. Der Patient ist bei Verordnung eines Arzneimittels über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und der ASV zu informieren.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird ermöglicht.
- Mit den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.
- Die Patienten werden mit ihrem Einverständnis 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 und behandelt.
- Die Patienten werden nach Abschluss schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

<input type="checkbox"/>	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 der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.
<input type="checkbox"/>	Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.

Anzeigensteller:

Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Teamleitung:

Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	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 der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.
<input type="checkbox"/>	Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.

Kernteam:Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Kernteammitglied): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (ggf. Anzeigender): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Blatt bitte entsprechend vervielfältigen.

<input type="checkbox"/>	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 der vorgenannten Bedingungen bzw. die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen/Pflichten versichert.
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich auf dem Fachgebiet, dem Schwerpunkt oder der Facharztkompetenz, für welche meine Teilnahme an der ASV erklärt wurde, stationär als angestellter Facharzt oder vertragsarztrechtlich niedergelassen bzw. als angestellter Facharzt tätig bin.
<input type="checkbox"/>	Der Erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an die ASV-Servicestelle weitergeben.

Hinzuziehende Ärzte:Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname/bei institutioneller Benennung Name der Institution: _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Aktenzeichen:

MorbW/

Teil E Einverständniserklärung

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KV _____ geführte Arztregisterakte und die Akten zu den Genehmigungsverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, die für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach der ASV-Richtlinie Anlage 2h) Morbus Wilson notwendig sind, durch die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Vorname, Name:

LANR:

Ort, Datum: _____ Unterschrift/Stempel

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

in Thüringen

Geschäftsstelle Erweiterter Landesausschuss in Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Einwilligung in die elektronische Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name:

dass ich in die elektronische Verarbeitung meiner mich betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anzeigebearbeitung aller Anzeigen und Überwachung des Fortbestehens der Anforderungen im Rahmen der ASV bei der Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses für den Zeitraum der Anzeigenprüfung und meiner tatsächlichen Teilnahme an der ASV einverstanden bin. Ohne meine ausdrückliche Zustimmung dürfen keine Daten an Dritte weitergegeben werden. Sollte ich kein Mitglied eines ASV-Teams mehr sein, werden alle meine Daten sofort gelöscht.

Hinweis

Sollte kein Einverständnis über die elektronische Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegen, sind mit jeder Anzeige alle Urkunden und weiteren Nachweise erneut vorzulegen.

Rechte

Es besteht jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die Verarbeitung der meine Person betreffenden personenbezogenen Daten sowie das Recht zur Berichtigung, zur Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Es kann jederzeit ohne Angaben von Gründen vom Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht werden und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Thüringen übermittelt werden.

Es besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 900455
99107 Erfurt

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter der
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
e-Mail: datenschutz@kvt.de

Datum, Unterschrift _____