

### ▶▶ Hämophilie

#### 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 § 116b 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 2 Buchstabe c) Hämophilie 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.
- 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.

## ▶▶ Hämophilie

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

- Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur ist Sorge zu tragen, dass:
  - a) eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:
    - sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
    - Physiotherapie.Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.
  - b) eine Zusammenarbeit mit folgender Fachdisziplin besteht:
    - ZahnheilkundeHierzu bedarf es einer vertraglichen Vereinbarung.
  - c) eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einem der folgenden Ärzte besteht:
    - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
    - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
    - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Die 24-Stunden-Notfallversorgung muss in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein (§ 4 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL).
  - d) Folgende räumliche und technische Ausstattung wird vorgehalten: permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten.
- Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10.GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages 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 aufgeforderten 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  
(in Druckschrift)

Unterschrift

## ▶▶ Hämophilie

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

_____ 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 Unterzeichnungsberechtigter des anstellenden Krankenhauses, Vertragsarztes, MVZ Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name Teamleiter Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie <b>oder</b> Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie <b>oder</b> Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie <b>oder</b> bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie (in Druckschrift)	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie (in Druckschrift)	_____ Unterschrift

## ▶▶ Hämophilie

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

_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Orthopädie und Unfallchirurgie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Mitglied d. Kernteams) Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie <b>oder</b> Kinder- und Jugendmedizin* <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Allgemeinchirurgie <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-Ohrenheilkunde <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

\* Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden. Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Hämostaseologie verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

## ▶▶ Hämophilie

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

_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Humangenetik <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Innere Medizin und Gastroenterologie** <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Laboratoriumsmedizin <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> Psychologischer <b>oder</b> ärztlicher Psychotherapeut <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Radiologie <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift
_____ Ort, Datum	_____ Name (Hinzuzuziehender Arzt) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <b>oder</b> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut <b>oder</b> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie* <i>(in Druckschrift)</i>	_____ Unterschrift

\* Können zusätzlich benannt werden, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden.

\*\* sofern nicht im Kernteam vertreten

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