Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

(Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL)

in der Fassung vom 21. März 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1)

in Kraft getreten am 20. Juli 2013

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich ... 3
§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“) ... 3
§ 3 Personelle Anforderungen ... 4
§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen ... 5
§ 5 Behandlungsumfang ... 6
§ 6 Studienteilnahme ... 6
§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ... 6
§ 8 Überweisungen ... 6
§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung ... 7
§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V ... 7
§ 11 Mindestmengen ... 7
§ 12 Qualitätssicherung ... 8
§ 13 Evaluation ... 8
§ 14 Dokumentation ... 8
§ 15 Patienteninformation ... 8

Anlage 1 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ... 9

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen ... 9

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen ... 9

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Rechtsgrundlage und Geltungsbereich

(1) Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage von § 116b Absatz 4 SGB V das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die durch Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 4 SGB V erfolgt.

(2) [1]Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in Anlage 1,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen in Anlage 2 und
3. hochspezialisierte Leistungen in Anlage 3.

[2]In den Anlagen werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfordernis geregelt. [3]Für die Ermittlung der in § 116b Absatz 6 Satz 9 und Absatz 8 Satz 1 und 2 SGB V aufgeführten Fristen ist das Inkrafttreten der jeweiligen Beschlussfassungen zu den in den Anlagen jeweils aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen maßgeblich.

(3) Das Verfahren zur Ergänzung des Kataloges gemäß § 116b Absatz 5 SGB V richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(4) Soweit sich die Vorschriften in dieser Richtlinie auf Fachärztinnen und Fachärzte beziehen, gelten sie für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(5) Die Bestimmungen der §§ 2 bis 15 gelten, soweit in den Anlagen keine abweichende Regelung getroffen ist.

§ 2 Berechtigte Leistungserbringer („ASV-Berechtigte“)

(1) [1]Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte). [2]Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln. [3]Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt ASV-Berechtigter im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.

(2) [1]Die Leistungserbringer haben die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [2]Hierzu zählt unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder von Kooperationen, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen ggf. erforderlich sind. [3]Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 kooperieren, sollen gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzeigen. [4]Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 sind namentlich zu benennen. [5]Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend. [6]Berechtigte Leistungserbringer haben bei

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

der Meldung ihrer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 2 Satz 6 SGB V gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Absatz 2 namentlich zu benennen. [7]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind bei dieser Mitteilung namentlich oder institutionell zu benennen.

(3) [1]Die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung endet durch Verzicht oder mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung. [2]Das Ausscheiden ist dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [3]Soweit ein Mitglied des interdisziplinären Teams nach § 3 ausscheidet, ist dieses innerhalb von sieben Werktagen dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V anzuzeigen. [4]Sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist, ist innerhalb von sechs Monaten ein neues Mitglied gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V zu benennen. [5]Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung durch eine Vertretung sicherzustellen. [6]Ist innerhalb der sechs Monate keine Nachbesetzung erfolgt, so hat der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V die Berechtigung zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V unmittelbar zu entziehen.

(4) [1]Zwischen den Mitgliedern des Kernteams gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie besteht für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer ASV-Patientin bzw. eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis. [2]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag).

(5) [1]Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus ist hinsichtlich der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen und schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zulässig, bei denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf. [2]Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen nur in dem Fachgebiet bzw. Schwerpunkt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

§ 3 Personelle Anforderungen

(1) [1]Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. [2]Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

(2) [1]Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten. [2]Die Teamleitung hat die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. [3]Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. [4]Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen. [5]An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen nach Satz 4 ausgenommen. [6]Der Ort der Leistungserbringung für direkt an der Patientin oder an dem

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Patienten zu erbringende Leistungen nach Satz 5 muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. [7]Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. [8]Ihr Tätigkeitsort für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

(3) [1]Die für die jeweiligen Mitglieder des interdisziplinären Teams geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt. [2]Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(4) [1]Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus). [2]Eine Vertretung der Mitglieder ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. [3]Dauert die Vertretung länger als eine Woche, dann ist sie dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. [4]Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen nach Satz 1 dürfen sie nicht erbringen.

(5) [1]Die Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbereichs verfügen und sollen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. [2]Hinsichtlich der fachlichen Befähigung gelten im Übrigen die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend.

§ 4 Sächliche und organisatorische Anforderungen

(1) [1]Die erkrankungs- oder leistungsbezogenen sächlichen und organisatorischen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden in den Anlagen geregelt. [2]Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (z.B. Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, kann dies auch im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. [3]Sofern eine Intensivstation, Notfalllabor oder 24-Stunden-Notfallversorgung vorzuhalten sind, müssen diese in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. [4]Der Einbezug weiterer Berufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen und erfolgt auf Verordnung. [5]Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Einbindung dieser Berufsgruppen ist dabei zu gewährleisten.

(2) [1]Soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, gelten hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität, die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend. [2]Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. [3]Barrierefreiheit ist anzustreben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 5 Behandlungsumfang

(1) [1]Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen. [2]Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert. [3]Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist. [4]Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

(2) [1]Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [2]Für die ASV geeignete Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den Anlagen aufgeführt.

§ 6 Studienteilnahme

[1]Die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V sollen geeignete Patientinnen und Patienten über nationale und internationale klinischen Studien informieren und ihnen die Teilnahme ermöglichen. [2]Notwendig ist hierzu die Kenntnis relevanter laufender Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über die Studienteilnahme.

§ 7 Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

Es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfe-organisationen erfolgen.

§ 8 Überweisungen

[1]Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. [2]Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3, in welchen Fällen die spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt voraussetzt. [3]Abweichend von den Sätzen 1 und 2 besteht für Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich sowie für die Patientinnen und Patienten der im jeweiligen Indikationsgebiet ebenfalls tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten kein Überweisungserfordernis. [4]Welche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V überweisen können, regeln die Anlagen. [5]Die Überweisung zur Behandlung durch einen ASV-Berechtigten wird für die Indikation entsprechend § 1 Absatz 2 ausgestellt, in deren Bereich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen soll. [6]Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt informiert die Versicherte oder den Versicherten über eine Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. [7]Der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

auf Überweisung tätig werdende ASV-Berechtigte informiert die einweisende Vertragsärztin bzw. den einweisenden Vertragsarzt und die Versicherte oder den Versicherten über die Aufnahme sowie den Abschluss der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. [8]Die Überweisung in den ASV-Bereich kann für ein oder mehrere Quartale erfolgen und trägt ein eindeutiges Datum. [9]Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen der ASV ist in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Indikation hierfür fortbesteht. [10]Näheres wird in den Anlagen geregelt. [11]Zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. [12]Sofern es sich um seltene Erkrankungen nach Anlage 2 handelt, begründet auch eine Verdachtsdiagnose die Überweisung.

§ 9 Teilstationäre und stationäre Leistungserbringung

Kann das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung erreicht werden, kann die Behandlung im Krankenhaus teilstationär oder stationär erfolgen, die G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol) gemäß § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG gelten entsprechend.

§ 10 Kooperationen nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

(1) [1]Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1 ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, im Folgenden ASV-Kooperation genannt. [2]Für die ASV-Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1 ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich. [3]Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. [4]Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. [5]Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gemäß §§ 3 und 4 dieser Richtlinie sind hiervon unberührt.

(2) Dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Absatz 3 Satz 1 SGB V ist eine vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation nach Absatz 1 vorzulegen, es sei denn, eine solche Kooperation kommt nach § 116b Absatz 4 Satz 11 SGB V nicht zustande.

(3) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;

b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;

c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

§ 11 Mindestmengen

Das Nähere zu Mindestmengen ist in den Anlagen zu regeln.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 12 Qualitätssicherung

[1]Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gelten die in den Anlagen festgelegten Anforderungen. [2]Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V gelten entsprechend. [3]Zusätzlich gelten 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 § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

§ 13 Evaluation

Die Ergebnisse der Bewertung der Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung nach § 116b Absatz 9 SGB V sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen.

§ 14 Dokumentation

[1]Der Umfang der sektorenübergreifend einheitlichen Dokumentationspflichten im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen einschließlich der Kriterien des schweren Verlaufs und der Prozeduren ergibt sich aus den konkretisierenden Anlagen. [2]Die Dokumentation muss die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicherstellen. [3]Dies gilt auch für die Leistungen der hinzugezogenen Fachärztinnen und Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 1. [4]Die Dokumentation muss eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen.

§ 15 Patienteninformation

[1]Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Erstkontakt mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verständliche allgemeine Erläuterungen über diese Versorgungsform sowie eingehendere Informationen über das im konkreten Einzelfall behandelnde interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum. [2]Die Information der Patientin bzw. des Patienten ist zu dokumentieren. [3]Bei Abschluss der Behandlung im Rahmen der ASV ist den Patientinnen bzw. Patienten eine schriftliche Information über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen. [4]Wird die Behandlung außerhalb der ASV von Nicht-Kernteam-Mitgliedern fortgesetzt, umfasst das Überleitungsmanagement mindestens folgende Komponenten: einen patienten-verständlichen Entlass-/Überleitungsbrief (einschließlich Angaben zu Diagnosen, Therapievorschlägen inkl. Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege, Kontrolltermine) sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie entsprechend § 115c SGB V.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

Anlage 3 Hochspezialisierte Leistungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.