

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN
UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV)**

**Anzeigsteller/in nach § 116b Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V
(SGB V):**

– Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus –

Teamleitung:

Krankenhaus:

Straße:

PLZ, Ort:

Institutionskennzeichen (IK-Nummer):

Bearbeiter/in:

Telefon:

Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus

Es wird angezeigt, dass das genannte Krankenhaus die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringt.

Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:

- **Neuromuskulären Erkrankungen**

entsprechend der [Anlage 2 d\) „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“](#), im Folgenden „Richtlinie“ genannt.

Hinweis: Sollen mehrere Leistungen aus dem Katalog zu § 116b SGB V erbracht werden, sind jeweils separate Anzeigen zu stellen.

Ich versichere, die Anforderungen der Richtlinie an die Erbringung der angezeigten Leistungen zu erfüllen. Die zugehörigen Verpflichtungen werden beachtet.

Die Leistungserbringung innerhalb der ASV mit den in dieser Anzeige benannten Teammitgliedern beginnt zum _____.¹
(Das Beginndatum sollte frühestens 4 Wochen nach Anzeigestellung sein.)

Zur Prüfung der Anzeige durch den erweiterten Landesausschuss sind die nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):

| | |
|---|--------------------------|
| Anlage 1 Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 2 Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 3 Sächliche und organisatorische Anforderungen | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 4 Mindestmengen und Qualitätsanforderungen | <input type="checkbox"/> |
| Anlage 5 Versicherungserklärung | <input type="checkbox"/> |
| Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu neuromuskulären Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |

¹ Bitte beachten Sie hierbei die Vorgaben des Gesetzes, wonach das angezeigte Team erst nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, es sei denn, das genannte Krankenhaus erhält vom erweiterten Landesausschuss einen anderslautenden Bescheid. Innerhalb der genannten Frist wird der erweiterte Landesausschuss die Anzeige prüfen, um festzustellen, ob die Voraussetzungen des Gesetzes und der hierzu ergangenen Richtlinie erfüllt sind.

Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) Anlage 1

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für **Neurologie**.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch ein Facharzt / eine Fachärztin für **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie** benannt werden.

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 der Richtlinie). Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

Das Team wird geleitet und koordiniert von:

| Name der Teamleitung/ Adresse(n) | Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung | Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt. | Teilnahme als: ² |
|-------------------------------------|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |

² Bitte tragen Sie hier lediglich den Status ein, mit dem Sie an der ASV teilnehmen möchten.

Mitglieder des Kernteams:³

| Name der Mitglieder/ Adresse(n) | Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung | Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt. | Teilnahme als: |
|------------------------------------|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |

³ Die Zusammensetzung des Kernteams ist von der Facharzt Disziplin der Teamleitung abhängig. Die notwendige Zusammensetzung zur Bildung eines vollständigen Kernteams entnehmen Sie bitte der Auflistung auf Seite 4.

| | | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |
| | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ |

Einen Facharzt / eine Fachärztin für⁴

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie

*Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, zusätzlich:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie **oder** Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend- Kardiologie **oder** Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

Sofern keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatz-Weiterbildung oder den genannten Schwerpunkten verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

⁴ Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der MWBO. Bitte beachten Sie die Übergangsbestimmungen.

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

Augenheilkunde

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|---|--|--|
| Kooperationspartner: ⁵ | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich ⁶ | <input type="checkbox"/> Institutionell ⁷ |
| Kooperationsvertrag beigelegt: ⁸ | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

Humangenetik

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

Innere Medizin und Gastroenterologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

⁵ Bitte Name und Adresse des Kooperationspartners angeben.

⁶ Persönliche Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch den genannten Arzt gestellt. Der Arzt erfüllt die Voraussetzungen der Teilnahme persönlich.

⁷ Institutionelle Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch das Institut (Krankenhausabteilung/MVZ) gestellt. Ein Arzt der Krankenhausabteilung/MVZ erfüllt die Voraussetzungen.

⁸ Ein Vertrag des kooperierenden Arztes mit der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten), der die Kooperation innerhalb der ASV regelt, ist hier ausreichend.

Innere Medizin und Rheumatologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | |
|--------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Anmerkung: | |

Laboratoriumsmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | |
|--------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Anmerkung: | |

Neuropathologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | |
|--------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Anmerkung: | |

Nuklearmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

Orthopädie und Unfallchirurgie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

Pathologie⁹

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

⁹ sofern die Facharztgruppe Neuropathologie nicht über die erforderliche pathologische Expertise oder Ausstattung für die unter Nummer 1 der Konkretisierung genannten Erkrankungen der Anlage 2 Buchstabe d verfügt.

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

Radiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigefügt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie

In eigener Praxis sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Kooperationspartner: | | |
| Benennung: | <input type="checkbox"/> Persönlich | <input type="checkbox"/> Institutionell |
| Kooperationsvertrag beigelegt: | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Anmerkung: | | |

I. Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen (hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung):

- sozialen Diensten wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)
- Physikalische Therapie
- ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)

II. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Vorliegendes bitte ankreuzen):

- eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer **Rufbereitschaft** von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten besteht:
- Neurologie
 - Innere Medizin Kardiologie
 - Innere Medizin und Pneumologie

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

Maximale Entfernung der Notfallversorgung zum Tätigkeitsort der Teamleitung **30 Min.** gem. § 4 Abs. 1 der Richtlinie

Liegt vor

- Möglichkeit einer **intensivmedizinischen Behandlung**

Liegt vor

- **Notfallpläne (SOP)** und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte **Geräte** und **Medikamente** für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nummer „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen werden **bereitgehalten**

Liegt vor

I. Mindestmengen:

I.1 Das Kernteam muss mindestens **50** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1.Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose in den zurückliegenden vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Liegt vor.

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme dahingehend geltend gemacht, dass die Mindestmenge bei Anzeigestellung um maximal 50 Prozent unterschritten wird (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei.¹⁰

¹⁰ Die Mindestmenge darf in vier Quartalen vor der Anzeige und bis zu einer Dauer von vier Quartalen danach um höchstens 50 % unterschritten werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Bitte erläutern Sie diese.

II. Qualitätsanforderungen:

Bitte verwenden Sie für den Nachweis der Qualitätsanforderungen das gesonderte Formular:

„Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu neuromuskulären Erkrankungen“!

www.kvbawue.de/pdf4795

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden. Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Es besteht außerdem die Verpflichtung, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

Zudem versichere ich die Richtigkeit der Angaben sowie der eingereichten Unterlagen. Mir ist bekannt, dass bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben die Genehmigung widerrufen werden kann und die bis dato erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Ich möchte den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitte um Zusendung der entsprechenden Formulare.

Datum

Unterschrift und Stempel
(Geschäftsführer)

Bei Kooperationen mit Institutionen oder Vertragsärzten fügen Sie bitte die nachfolgende Anlage bei.

**ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN
UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

| |
|--|
| <p>Bevollmächtigung des ASV-Anzeigestellers durch vertragsärztliche Kernteammitglieder und vertragsärztliche hinzuzuziehende Fachärzte sowie Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen</p> |
|--|

Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Geschäftsführung des anzeigenden Krankenhauses die Bevollmächtigung, in unserem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in unserem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in unserem Namen zu empfangen.

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der persönlich benannten hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen. ¹¹

| Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes <u>und</u> der Institution | Datum | Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes <u>und</u> des Vertretungsberechtigten ¹² der Institution) |
|--|-------|---|
| | | |
| | | |
| | | |

¹¹ Bei Wahl dieser Option erübrigt es sich, Kopien der Approbation, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung beizulegen. Hierzu ist es erforderlich, dass das Teammitglied im Arztregister geführt wird und diese Anzeige unterschreibt.

¹² Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.