

**Anzeige**  
**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V**

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen  
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.12.2021**

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- K50.- Chron-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Chron]
- K51.- Colitis ulcerosa
- K52.3- Colitis Indeterminata

Hinweis:

*Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam anzeigen.*

<b>1.) Anzeigender und Empfangsberechtigter</b>	
Name, Vorname (Vertragsarzt bzw. Geschäftsführer des MVZ):	
Ggf. Träger des Krankenhauses:	
Ggf. teilnehmendes Krankenhaus des o.g. Trägers:	
LANR / BSNR / IK	
Anschrift:	
Ansprechpartner:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

## 2. Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL. Die Teamleitung und die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen.

### 2. a) Teamleitung (insgesamt nur ein/-e Teamleiter/-in)

Funktion:	Titel, Vorname, Name (des Teamleiters) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR / BSNR / oder IK des Krankenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Beglaubigte Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiter- bildungsurkunde beigefügt
Teamleitung		BSNR:		
		LANR:	Innere Medizin und Gastroenterologie <input type="checkbox"/>  <u>alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</u>	<input type="checkbox"/>
		IK:	Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend- Gastroenterologie <input type="checkbox"/>	

**Zusätzliche Angaben soweit Teamleitung von einem Krankenhaus angezeigt wird:**

Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen	<input type="checkbox"/>
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen	<input type="checkbox"/>
Angaben zum Träger des Krankenhauses (Bezeichnung, Anschrift):	

<b>2. b) Kernteam (Wenn Fachgebiet bereits Teamleitung, dann ist keine zusätzliche Anzeige im Kernteam erforderlich)*</b>				
<b>Funktion:</b>	<b>Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail</b>	<b>LANR / BSNR / o- der IK des Kran- kenhauses</b>	<b>Facharztbezeichnung</b>	<b>Beglaubigte Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungs- urkunde beigefügt</b>
Kernteam			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Kernteam			Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>

**zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:**

Kernteam**			Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Gast- roenterologie**	<input type="checkbox"/>
Kernteam***			Kinder- und Jugend- chirurgie***	<input type="checkbox"/>

\* Im Kernteam müssen ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer und ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus unter Abschluss einer ASV-Kooperationsvereinbarung vertreten sein.

\*\* Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit genannter ZWB verfügbar ist, ist eine Fachärztin/ ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

\*\*\* Kann zusätzlich benannt werden

**Zusätzliche Angaben soweit Mitglieder des Kernteams von einem Krankenhaus angezeigt werden:**

Das Krankenhaus ist nach § 108 SGB V zugelassen	<input type="checkbox"/>
Das Krankenhaus darf stationäre Leistungen bei dieser Erkrankung erbringen	<input type="checkbox"/>
Angaben zum Träger des Krankenhauses (Bezeichnung, Anschrift):	

<b>2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten</b>				
<b>Funktion:</b>	<b><sup>1</sup>Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail</b>	<b>LANR des Vertragsarztes / BSNR des MVZ / IK des Krankenhauses</b>	<b>Facharztbezeichnung<sup>2</sup></b>	<b>Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden</b>
Hinzuzuziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechts- krankheiten	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung (MVZ, BAG, Krankenhaus) ausreichend, d.h. hier müssen die Ärztinnen und Ärzte nicht namentlich benannt werden.

<sup>2</sup> Für nicht institutionelle Benennungen muss eine **beglaubigte** Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB-Urkunde beigefügt werden.

2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	<sup>1</sup> Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR des Ver- tragsarztes / BSNR des MVZ / IK des Kranken- hauses	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzuzie- hende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r			Psychiatrie und Psy- chotherapie <b>oder</b> Psy- chosomatische Medizin und Psychotherapie <b>oder</b> psychologische <b>oder</b> ärztliche Psycho- therapie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>

2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	<sup>1</sup> Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR des Ver- tragsarztes / BSNR des MVZ / IK des Kranken- hauses	Facharztbezeichnung <sup>2</sup>	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden

optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Hinzuzuzie- hende/r			Kinder- und Jugend- psychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapeu- tin oder -psychothera- peut	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r			Kinder- und Jugendme- dizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumato- logie	<input type="checkbox"/>

2. d) Zusammenarbeit im interdisziplinären Team	
Die regelmäßige Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
2. e) Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie	
Alle Teammitglieder verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbe- reichs.	<input type="checkbox"/>

<b>3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität</b>	
<b>3. a) Sächliche Anforderungen:</b> Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:	
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung durch spezialisierte Fachkräfte (z.B. Diätassistenten)	<input type="checkbox"/>
Kontinenztherapie	<input type="checkbox"/>
Stomatherapie	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>
24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der Ärzte (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt):  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>• Viszeralchirurgie</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst ein Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende und endoskopische Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm bestehen	<input type="checkbox"/>
Es liegt eine Befund- und Behandlungsdokumentation vor, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.	<input type="checkbox"/>



3. b) Organisatorische Anforderungen: Durch regelmäßig zu aktualisierende Nachweise wird sichergestellt, dass folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:	
Die Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren sowie zugelassenen Krankenhäuser verpflichten sich, a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement gemäß § 135a SGB V einzuführen und weiterzuentwickeln.	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) <u>Sektorenübergreifende ASV-Kooperation</u> Es besteht mindestens eine intersektorale Kooperation (ambulant/stationär) gemäß § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V innerhalb des interdisziplinären Teams (Anlage in Kopie).  Es besteht keine solche Kooperation, weil: _____ _____	 <input type="checkbox"/>
d) <u>Kooperationsvereinbarungen Kernteam</u> Soweit die Mitglieder des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) nicht sämtlich in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus tätig sind, werden schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	 <input type="checkbox"/>
e) <u>Kooperationsvereinbarungen mit hinzuzuziehenden Fachärzten</u> Soweit die Mitglieder der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte nicht sämtlich in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus mit den Mitgliedern des Kernteams tätig sind, werden für jede hinzugezogene Facharztgruppe schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	 <input type="checkbox"/>
f) <u>Tätigkeitsort</u> Tätigkeitsort der Teamleitung ist: _____	
g) Die Mitglieder des Kernteams bieten mind. an einem Tag der Woche ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung an.	 <input type="checkbox"/>
h) <u>Entfernung zur Teamleitung</u> Soweit die Mitglieder des Kernteams und der hinzuzuziehenden Fachgruppen nicht am gleichen Standort tätig sind, muss der Ort der Leistungserbringung für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung ( <b>in der Regel in 30 Minuten</b> ) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Diese Voraussetzung wird bei allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams erfüllt.	 <input type="checkbox"/>
i) Es wird versichert, dass die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung im Rahmen der ASV entsprechend der jeweiligen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bei allen Teilnehmern vorliegen und eingehalten werden. Dem Merkblatt zur Anzeige können die einschlägigen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen entnommen werden.	 <input type="checkbox"/>

#### 4.) Mindestmengen

a) In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung hat das Kernteam mindestens 100 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen behandelt. Anzahl behandelte Patienten: _____ Davon:   Ambulant: _____ Stationär: _____ Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>
b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 100 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
c) Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung keine 100 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Erkrankungen behandeln. Es wurden jedoch mindestens 50 Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal einem Jahr erfüllt wird. Begründung: _____ _____	<input type="checkbox"/>

#### 5.) Dokumentation

Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

#### 6.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)

Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

## Unterschriften / Stempel

### Teamleitung:

<p><b>Innere Medizin und Gastroenterologie</b></p> <p>alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</p> <p><b>Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</b></p>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Teamleitung (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

**Kernteam\*:**

<b>Innere Medizin und Gastroenterologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Viszeralchirurgie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:  <b>Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</b>  falls nicht verfügbar:  <b>Kinder- und Jugendmedizin</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

\* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

**Kernteam\*:**

optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:  <b>Kinder- und Jugendchirurgie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

\* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

**Hinzuzuziehende (1)\*:**

<b>Augenheilkunde</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Haut- und Geschlechts- krankheiten</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

\* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

**Hinzuzuziehende (2)\*:**

<b>Innere Medizin und Rheumatologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Laboratoriumsmedizin</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Pathologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

\* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)

**Hinzuzuziehende (3)\*:**

<b>Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Radiologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Urologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

\* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)



**Hinzuzuziehende (4)\*:**

<p>optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</p> <p><b>Kinder- und Jugend-Psychiatrie und –Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut</b></p>				
<p>optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</p> <p><b>Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatologie</b></p>	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

\* weitere Teammitglieder bitte in separatem Anhang erfassen und der Anzeige beifügen (inkl. Unterschriften und Stempel)