

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hämophilie
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22.03.2019 (zuletzt geändert am 18.03.2021)**

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden hereditären oder erworbenen Faktormangelzuständen und sonstigen Koagulopathien, sofern sie mit einer dauerhaft behandlungsbedürftigen Hypokoagulabilität verbunden sind:

D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D68.0-	Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.2-	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte

Hinweis:

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

1.) Anzeigender und Empfangsberechtigter	
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 Hämophilie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL. Die Teamleitung und die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen.

2. a) Teamleitung

Funktion:	Titel, Vorname, Name (des Teamleiters) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR / BSNR oder IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	beglaubigte Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB- Urkunde beigelegt
Teamleitung		BSNR:	Innere Medizin mit ZWB Hämostaseologie oder	<input type="checkbox"/>
		LANR:	Innere Medizin und Häma- tologie und Onkologie mit ZWB Hämostaseologie	
		IK:	oder Transfusionsmedizin mit ZWB Hämostaseologie <u>alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</u> Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Hämostaseologie	

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):	

2. b) Kernteam				
Funktion:	¹ Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR / BSNR oder IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	beglaubigte Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB- Urkunde beigefügt
Mitglied Kernteam			Innere Medizin mit ZWB Hämostaseologie oder Innere Medizin und Häma- tologie und Onkologie mit ZWB Hämostaseologie oder Transfusionsmedizin mit ZWB Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Orthopädie und Unfall- chirurgie	<input type="checkbox"/>

zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Mitglied Kernteam*			Kinder- und Jugend- Medizin mit ZWB Hämostaseologie*	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--	--	------------------------------------------------------------	--------------------------

*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.

¹ Alle Mitglieder des Kernteams sind namentlich anzugeben. Soweit die sonstigen Angaben zum MVZ oder Krankenhaus mit den Angaben bei 2. a) (Teamleitung) identisch sind, genügt ein Verweis auf die entsprechenden Angaben.

2. c) Kernteam				
wenn Teamleitung nach 2. a) Facharzt für Transfusionsmedizin mit ZWB Hämostaseologie:				
Funktion:	¹ Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR / BSNR / o- der IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	beglaubigte Kopie der Facharzt-/SP- /ZWB-Urkunde beige- fügt
Mitglied Kernteam		BSNR:	Innere Medizin mit ZWB Hämostaseologie	<input type="checkbox"/>
		LANR:	oder	
		IK:	Innere Medizin und Häma- tologie und Onkologie mit ZWB Hämostaseologie	

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):	

¹ Alle Mitglieder des Kernteams sind namentlich anzugeben. Soweit die sonstigen Angaben zum MVZ oder Krankenhaus mit den Angaben bei 3. a) (Teamleitung) identisch sind, genügt ein Verweis auf die entsprechenden Angaben.

2. d) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	¹ 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 ²	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>

¹ 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.

² Für nicht institutionelle Benennungen muss eine **beglaubigte Kopie** der Facharzt-/SP-/ZWB-Urkunde beigelegt werden.

2. d) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	¹ 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 ²	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Psychiatrie und Psy- chotherapie oder Psy- chosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische oder ärztliche Psycho- therapie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>

optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Hinzuzu- ziehende/r			Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Ju- gend-Gastroenterolo- gie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Kinder- und Jugend- psychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapie	<input type="checkbox"/>

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

3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität	
3. a) Sächliche Anforderungen: Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird dafür Sorge getragen, dass eine Möglichkeit der Zusammenarbeit mit folgenden Fachdisziplinen, Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:	
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
Zahnheilkunde (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt)	<input type="checkbox"/>
24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer der nachfolgenden Fachgruppen (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt): <ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit ZWB Hämostaseologie • Innere Medizin mit ZWB Hämostaseologie • Transfusionsmedizin mit ZWB Hämostaseologie 	<input type="checkbox"/>
Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst ein Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
Es wird eine permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten vorgehalten.	<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"/>
Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung sind behindertengerecht.	<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>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 spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	<input type="checkbox"/>
d) <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 spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation in der ASV eingereicht (Anlage in Kopie).	<input type="checkbox"/>
e) <u>Tätigkeitsort</u> Tätigkeitsort der Teamleitung ist: _____	
f) Die Mitglieder des Kernteams bieten mind. an einem Tag der Woche ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung an.	<input type="checkbox"/>
g) <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 (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Diese Voraussetzung wird bei allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams erfüllt.	<input type="checkbox"/>
h) 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	
<p>a) In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung hat das Kernteam mindestens 30 Patientinnen/Patienten mit schwerer Hämophilie (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandelt.</p> <p>Anzahl behandelte Patienten: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Davon: Ambulant: _____</p> <p style="padding-left: 80px;">Stationär: _____</p> <p style="padding-left: 80px;">Sonstige: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 30 Patientinnen/Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>c) Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung keine 15 Patientinnen/Patienten mit schwerer Hämophilie (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) mit gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 15 Patientinnen/Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird.</p> <p>Begründung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>

5.) Dokumentation	
<p>Zur Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hämophilie wird die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit dokumentiert.</p>	<input type="checkbox"/>

6.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)	
<p>Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.</p>	<input type="checkbox"/>

Unterschriften / Stempel

Teamleitung:

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

Kernteam*:

Innere Medizin mit ZWB Hämostaseologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit ZWB Hämostaseologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Transfusionsmedizin mit ZWB Hämostaseologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Orthopädie und Unfallchirurgie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Hämostaseologie oder Kinder- und Jugendmedizin				
	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)*:

Allgemeinchirurgie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde				
	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)*:

Humangenetik				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Gastroenterologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Laboratoriumsmedizin				
	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)*:

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische oder ärztliche Psychotherapie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Radiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend- Gastroenterologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie				
	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)