

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.12.2016 (zuletzt geändert am 18.03.2021)**

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Erkrankungen
gemäß Teil 2, Nr. 1 der Anlage 1.1b: rheumatologische Erkrankungen

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 rheumatologischen Erkrankungen 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-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiter- bildungs-Urkunde beigefügt
Teamleitung		BSNR:	Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatolo- gie	<input type="checkbox"/>
		LANR:		
		IK:		

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				
(Wenn Fachgebiet bereits Teamleitung, dann ist keine zusätzliche Anzeige im Kernteam erforderlich)				
Funktion:	¹Titel, 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-/ Zusatzweiterbildungs- Urkunde beigelegt
Mitglied Kernteam			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatolo- gie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Orthopädie und Unfall- chirurgie mit ZWB orthopä- dische Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>

* entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist

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 2. a) (Teamleitung) identisch sind, genügt ein Verweis auf die entsprechenden Angaben.

2. c) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen / Fachärzten				
Funktion:	¹ Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR des Vertragsarztes / BSNR des MVZ / IK des Krankenhauses	Facharztbezeichnung ²	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzuziehende/r			HNO-Heilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Humangenetik (nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyn-drome und Blau-Syndrom)	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	<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 beigefügt werden.

Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Nephrologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>

Hinzuzuziehende/r			Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische oder ärztliche Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>

2. d) Zusammenarbeit im interdisziplinären Team

Die regelmäßige Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist gewährleistet.

2. e) Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie

Alle Teammitglieder verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

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 Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:

Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher	<input type="checkbox"/>

Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des ASV-Teams mit einem Krankenhaus, das über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung wird den Patienten namentlich benannt.	<input type="checkbox"/>
Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst ein Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm werden zur Verfügung gestellt.	<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	<input type="checkbox"/>
b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement gemäß § 135a SGB V einzuführen und weiterzuentwickeln.	<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"/>

<p>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).</p>	<input type="checkbox"/>
<p>e) <u>Tätigkeitsort</u> Tätigkeitsort der Teamleitung ist: _____</p>	
<p>f) Die Mitglieder des Kernteams bieten mind. an einem Tag der Woche ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung an.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>

<p>4.) Dokumentation</p>	
<p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.</p>	<input type="checkbox"/>

<p>5.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)</p>	
<p>Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.</p>	<input type="checkbox"/>

Unterschriften / Stempel

Teamleitung:

Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Teamleitung (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Kernteam*:

Augenheilkunde				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Orthopädie und Unfall- chirurgie mit ZWB orthopä- dische Rheumatologie**				
	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)

** entfällt, wenn in dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens 2 Monaten keine zur Kooperation bereite geeignete Fachärztin oder kein zur Kooperation bereiter geeigneter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie zu finden ist.

Hinzuzuziehende (1)*:

HNO-Heilkunde				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Haut- und Geschlechts- krankheiten				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Humangenetik (nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur geneti- schen Bestätigung bei klini- schem Verdacht auf Heredi- täre Periodische Fiebersyn- drome und Blau-Syndrom)				
	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)*:

Innere Medizin und Angiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Gastroenterologie oder 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
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie				
	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)*:

Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-Kardiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Nephrologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie				
	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)*:

Laboratoriumsmedizin				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuro- pädiatrie				
	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 (5)*:

Pathologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Psychiatrie und Psycho- therapie oder Psychosoma- tische Medizin und Psycho- therapie oder psychologi- sche oder ärztliche Psycho- therapie				
	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

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