

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen bei Erwachsenen  
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 erwachsene Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen gemäß Teil 1, 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:	Innere Medizin und Rheumatologie	<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):	

<b>2. b) Kernteam</b>				
<b>(Wenn Fachgebiet bereits Teamleitung, dann ist keine zusätzliche Anzeige im Kernteam erforderlich)</b>				
<b>Funktion:</b>	<b><sup>1</sup>Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail</b>	<b>LANR / BSNR / oder IK des Kran- kenhauses</b>	<b>Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Beglaubigte Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiter- Bildungs-Urkunde beigefügt</b>
Mitglied Kernteam			Haut- und Geschlechts- krankheiten	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Nephrologie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> 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.

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):	

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
Hinzuzu- ziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			HNO-Heilkunde	<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
Hinzuzu- ziehende/r			Humangenetik  (nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur geneti- schen Bestätigung bei klini- schem Verdacht auf Mittel- meerfieber)	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Angiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemio- logie	<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
Hinzuzu- ziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Pathologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/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"/>
Hinzuzu- ziehende/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 Erwachsenen.

## 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

Ergotherapie

Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher

Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Kooperation des ASV-Teams mit einer rheumatologischen Akutklinik oder einem Krankenhaus, das über eine internistische Abteilung und Notaufnahme verfügt. Die jeweilige Einrichtung wird den Patienten namentlich benannt.

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

Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.

Informationen über Patientenschulungen mit einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm werden zur Verfügung gestellt.

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.

Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung sind behindertengerecht.

<b>3. b) Organisatorische Anforderungen:</b> 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 ( <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"/>
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"/>

<b>4.) Mindestmengen</b>	
a) In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung hat das Kernteam mindestens 240 erwachsene Patienten der unter Teil 1: Erwachsene Punkt 1 der Anlage genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandelt.  Anzahl behandelte Patienten: _____  Davon: Ambulant : _____ Stationär: _____ Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>
b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 240 erwachsene Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
c) Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung keine 240 Patienten der unter Teil 1: Erwachsene Punkt 1 der Anlage genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 120 erwachsene Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird.  Begründung: _____ _____	<input type="checkbox"/>

<b>5.) Dokumentation</b>	
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"/>

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

## Unterschriften / Stempel

### Teamleitung:

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

**Kernteam\*:**

<b>Haut- und Geschlechts- krankheiten</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Nephrologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Pneumologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

<b>Innere Medizin und Rheumatologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZWB orthopädische Rheumatologie**</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)

\*\* 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)\*:**

<b>Augenheilkunde</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>HNO-Heilkunde</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Humangenetik</b>  (nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber)				
	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 Angiologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Gastroenterologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</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>Innere Medizin und Kardiologie</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>Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</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)\*:**

<b>Neurologie</b>				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
<b>Nuklearmedizin</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 (5)\*:**

<b>Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische oder ärztliche Psychotherapie</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

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