

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

## **Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (zystische Fibrose)**

### **Mir ist bekannt, dass**

- die Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,
  - für die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
  - bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen
  - bei Ausscheiden eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen,
  - bei Vertretung eines Teammitglieds für länger als eine Woche,
  - bei Benennung eines neuen Mitgliedes innerhalb von sechs Monaten, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitgliedes zu erfolgen hat,
- bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter zu gewährleisten ist, dass eine entsprechend gleichartige Qualifikation des Vertreters in Bezug auf den vertretenden Facharzt besteht.
- das nachfolgende Überweisungserfordernis besteht:

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt. Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.
- die Dokumentation gemeinsam zu erfolgen hat und eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglichen muss.
- der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V berechtigt ist, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.
- sich der Leistungsumfang nach dem Appendix zur Anlage zur Mukoviszidose (zystischen Fibrose) in der jeweils gültigen Fassung richtet. Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen, gelten

diese entsprechend. In der beigefügten Übersicht sind die einschlägigen Qualitätssicherungsvereinbarungen aufgeführt und dargestellt, welche Arztgruppen die qualitätsgebundenen Leistungen grundsätzlich erbringen können.

- die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen werden (es gilt der Facharztstatus).
- eine Vertretung der Mitglieder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgt, welche die in der Richtlinie zur spezialfachärztlichen Versorgung normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen.
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden können (es gilt der Facharztstandard), die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung nicht erbringen werden.
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs verfügen und regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen.
- die Regelungen betreffend Medikationsplänen gemäß § 5 Absatz 3 ASV-Richtlinie eingehalten werden müssen.

Der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Anlage zur Mukoviszidose (zystischen Fibrose) sind bekannt. Alle Teammitglieder haben die Anzeige zur Kenntnis genommen und werden die ASV regelungskonform umsetzen.

**Alle entscheidungsrelevanten Unterlagen für die benannten Teammitglieder sind in Kopie beigefügt, insbesondere:**

- *Weiterbildungsurkunden über Facharztanerkennungen*

---

- *Weiterbildungsurkunden über Schwerpunktbezeichnungen*

---

- *Urkunden Zusatzweiterbildungen (soweit für die Anzeige relevant)*

---

- *Kooperationsverträge (**keine beglaubigte Kopie notwendig**)*

---

**Weiterer wichtiger Nachweis:**

- *Unterschrift des Teammitglieds im Unterschriftenteil – wenn in Anstellungsverhältnis auch Unterschrift des Arbeitgebers*

---

- *Bei ambulant tätigen Teammitgliedern und Institutionen: Angabe der (Neben)Betriebsstättennummer (NBSNR) an der ASV-Leistungen erbracht werden sollen. Wenn vorhanden auch Angabe der Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR)*

---

Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sowie weitere Qualitätsanforderungen	Innere Medizin und Pneumologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- weiterbildung Kinder-Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- weiterbildung Kinder-Gastroenterologie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Humangenetik	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz- weiterbildung Kinder-Endokrinologie und -diabetologie	Innere Medizin und Kardiologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektions- epidemiologie	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psycho- therapie	Psychologische oder ärztliche Psycho- therapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlicherpsychothera- peutin bzw. Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut	Radiologie	Urologie	
	QSV zur Molekulargenetik								<input checked="" type="checkbox"/>													
QSV Langzeit-EKG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Kapitel 30.4 EBM für physikalische Therapien	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Richtlinien der KBV zur Durchführung von Labora- toriumsuntersuchungen												<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
Ultraschall-Vereinbarung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -thera- pie: Diagnostische Radiologie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>															<input checked="" type="checkbox"/>		
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -thera- pie: Computertomographie																				<input checked="" type="checkbox"/>		
Kernspintomographie-Vereinbarung																				<input checked="" type="checkbox"/>		
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -thera- pie: Knochendichtemessung																				<input checked="" type="checkbox"/>		
Psychotherapie-Vereinbarung: Psychosomatische Grundversorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Psychotherapie-Vereinbarung: Übende Verfahren															<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Psychotherapie-Vereinbarung: Testverfahren															<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vereinbarung zur Koloskopie		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>																	