

Anzeige

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

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2020 (zuletzt geändert am 17.10.2024)

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

- G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
- G14 Postpolio-Syndrom
- G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie
- G61.- Polyneuritis
- G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten
- G71.- Primäre Myopathien
- G72.3 Sonstige Myopathien: Periodische Lähmung
- G72.4 Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert
- G72.88 Sonstige näher bezeichnete Myopathien
- G73.0* Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten
- G73.1* Lambert-Eaton-Syndrom
- G73.2* Sonstige Myastheniesyndrome bei Neubildungen
- G73.3* Myastheniesyndrome bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
- G73.4* Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
- G73.5* Myopathie bei endokrinen Krankheiten
- G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten
- M33.- Dermatomyositis-Polymyositis
- M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (bei C00-D48†)
- M60.1- Interstitielle Myositis

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 (Anzeigeberechtigt sind: Vertragsärzte bzw. Geschäftsführer des MVZ, Geschäftsführer eines Krankenhauses):

Ggf. Empfangsberechtigter, wenn abweichend vom Anzeigeberechtigten:

LANR / BSNR / IK

Anschrift:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

2. Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären 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 und BSNR bei Vertragsärz- ten/ IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB- Urkunde beigefügt
Teamleitung		BSNR:	Neurologie	<input type="checkbox"/>
		LANR:	<u>alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</u>	
		IK:	Kinder- und Jugend- medizin mit SP Neuro- pädiatrie	

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 und BSNR bei Vertragsärz- ten/ IK des Kran- kenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung / Schwerpunkt- Bezeichnung	Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB- Urkunde beigefügt
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Neurologie	<input type="checkbox"/>

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.

zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Mitglied Kernteam*			Kinder- und Jugend- medizin mit SP Neuro- pädiatrie* oder Kinder- und Jugend- medizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie* oder Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie*	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--	--	---	--------------------------

*Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den genannten SP oder mit der genannten ZWB verfügbar ist, ist eine Fachärztin/ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

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:	¹ Titel, Vorname, Name oder MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Kranken- hauses ³	Facharztbezeichnung ²	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Neuropathologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>

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

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

³ Bei institutionellen Benennungen nur BSNR des MVZ oder IK des Krankenhauses.

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 und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Kranken- hauses ³	Facharztbezeichnung ²	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzu- ziehende/r			Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>
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 (kann zu- sätzlich be- nannt wer- den)			Pathologie (kann zusätzlich be- nannt werden)	<input type="checkbox"/>

optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Hinzuzu- ziehende/r			Kinder- und Jugend- psychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapie**	<input type="checkbox"/>
------------------------	--	--	---	--------------------------

** oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit ZWB Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZWB Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatologie

2. e) Zusammenarbeit im interdisziplinären Team

Die regelmäßige Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist gewährleistet.

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 neuromuskulären Erkrankungen.

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:

Physikalische Therapie

Ergotherapie

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie)

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

Ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit Trachealkanülen und PEG-Sonden)

24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer der nachfolgenden Fachgruppen (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt):

- Neurologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Pneumologie

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

Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den in Nr. „1 Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen werden bereitgehalten.

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.	<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 vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Für Mitglieder des Kernteams liegt die angemessene Entfernung in der Regel bei 30 Minuten. 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 bzw. die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-Richtlinie erfüllt 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 50 Patientinnen/Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen der in der Anlage zur ASV-Richtlinie genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt.</p> <p>Anzahl behandelte Patienten: _____</p> <p>Davon: Ambulant: _____ Stationär: _____ Sonstige: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 50 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 50 Patientinnen/Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen der in der Anlage zur ASV-Richtlinie genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 25 Patientinnen/Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal zwei Jahren erfüllt wird.</p> <p>Begründung: _____ _____</p>	<input type="checkbox"/>

5.) Dokumentation	
<p>Zur Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen 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:

Neurologie				
<u>alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</u>				
Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Teamleitung (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Kernteam*:

Innere Medizin und Kardiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Pneumologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Neurologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend- Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie 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)*:

Augenheilkunde				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
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

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

Hinzuzuziehende (2)*:

Innere Medizin und Rheumatologie				
	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
Neuropathologie				
	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)*:

Nuklearmedizin				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Orthopädie und Unfallchirurgie				
	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

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
Pathologie (kann zusätzlich benannt werden)				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Kinder- und Jugend- psychiatrie 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)

** oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit ZWB Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZWB Kinder- und Jugend-Orthopädie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatologie