

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.12.2019 (zuletzt geändert am 17.10.2024)**

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose gemäß Anlage Nr. 2 Buchstabe e schwerwiegende immunologische Erkrankungen –Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose). :

D86.- Sarkoidose

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 Sarkoidose 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:	Innere Medizin und Pneumologie oder	<input type="checkbox"/>
		LANR:	Innere Medizin und Rheumatologie <u>alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</u>	
		IK:	Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder- und Jugend- Rheumatologie	

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	Kopie der Facharzt-/SP-/ZWB- Urkunde beigefügt
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
Mitglied Kernteam			Innere Medizin und Rheumatologie	<input type="checkbox"/>

zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Mitglied Kernteam*			Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend- Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend- Rheumatologie*	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

*Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit 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):	

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. d) 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			Haut- und Geschlechts- krankheiten	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Neurologie	<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.

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"/>

optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Hinzuzuziehende/r			Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder 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-Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
-------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

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 Sarkoidose.	<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:	
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
Transplantationszentren (Lunge)	<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 Pneumologie • Innere Medizin und Rheumatologie 	<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"/>
Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose bereitgehalten.	<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 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 der unter Punkt 1 der Anlage genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder 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 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 der unter Punkt 1 der Anlage 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> <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:

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

Kernteam*:

Innere Medizin und Pneumologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Rheumatologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie 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
Haut- und Geschlechtskrankheiten				
	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 Kardiologie				
	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
Neurologie				
	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
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
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie oder 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- 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)