

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose (TBC) / atypischer Mykobakteriose
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.12.2013 (zuletzt geändert am 17.10.2024)**

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

A15.- Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert

A16.- Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert

A17.- Tuberkulose des Nervensystems

A18. - Tuberkulose sonstiger Organe

A19.- Miliartuberkulose

A31.- Infektion durch sonstige Mykobakterien sowie die Kontaktpersonen bei ggf. erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention

Hinweis:

Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen nach der ASV-Richtlinie (ASV-RL) 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 Tuberkulose/atypischer Mykobakteriose 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-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiter- bildungs-Urkunde beigefügt
Teamleitung		BSNR:	Innere Medizin und Pneumologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		LANR:	oder Innere Medizin ZWB Infektiologie <input type="checkbox"/>	
		IK:	<u>alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</u> Kinder- und Jugend- Medizin mit ZWB <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugend- Pneumologie	

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 Teamleitung nach 2. a) Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie:

Funktion:	¹ Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Krankenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Kopie der Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzweiterbildungs-Urkunde beigelegt
Mitglied Kernteam		BSNR:	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/>
		LANR:		
		IK:		

oder

Mitglied Kernteam		BSNR:	Innere Medizin mit ZWB Infektiologie	<input type="checkbox"/>
		LANR:		
		IK:		

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

wenn Teamleitung nach 2. a) Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie:				
Funktion:	¹ Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Krankenhauses	Facharztbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung	Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungs-Urkunde beigefügt
Mitglied Kernteam		BSNR:	Innere Medizin und Pneumologie	<input type="checkbox"/>
		LANR:		
		IK:		

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

2. c) Zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:				
Funktion:	Titel, Vorname, Name (des Mitglieds des Kernteams) / Ggf. MVZ- oder Krankenhausbezeichnung Adresse Vertragsarztsitz / Krankenhaus Telefon / Fax / E-Mail	LANR und BSNR bei Vertragsärzten/ IK des Krankenhauses	Facharztbezeichnung	Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiter- bildungs-Urkunde beigefügt
Mitglied Kernteam		BSNR:	Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugend- Pneumologie <input type="checkbox"/> (falls nicht verfügbar: Kinder- und Jugendmedizin) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		LANR:		
		IK:		

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. 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			HNO-Heilkunde	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Innere Medizin und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Urologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Orthopädie und Unfall- chirurgie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Neurologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Pathologie	<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. 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			Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>

optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Hinzuzu- ziehende/r			Kinder- und Jugend- medizin mit ZWB Kinder-und Jugend- Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzu- ziehende/r			Kinder- und Jugend- medizin mit SP Neuro- pädiatrie	<input type="checkbox"/>

2. e) Zusammenarbeit im interdisziplinären Team	
Die regelmäßige Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>

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 Tuberkulose / atypischer Mykobakteriose.	<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 Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:	
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten zur Suchtbehandlung, zur Methadon-Substitution, zur HIV/AIDS- Behandlung	<input type="checkbox"/>
Eine räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose bzw. nachgewiesener Multiresistenz wird gewährleistet.	<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 20 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses 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"/>
b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 20 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.	<input type="checkbox"/>
<p>c) Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung keine 20 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln. Es wurden jedoch mindestens 10 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	
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"/>
6.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)	
Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.	<input type="checkbox"/>

Unterschriften / Stempel

Teamleitung:

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

Kernteam*:

wenn Teamleitung Innere Medizin und Pneumologie: Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder Innere Medizin mit ZWB Infektiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
wenn Teamleitung Innere Medizin mit ZWB Infektiologie: Innere Medizin und Pneumologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Kernteam (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie falls nicht verfügbar: 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
HNO-Heilkunde				
	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)*:

Urologie				
	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
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)*:

Pathologie				
	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
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)

Hinzuzuziehende (4)*:

<p>optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</p>				
<p>Kinder- und Jugendmedizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</p>	<p>Ort, Datum</p>	<p>Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)</p>	<p>Ort, Datum</p>	<p>Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses</p>
<p>optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:</p>				
<p>Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie</p>	<p>Ort, Datum</p>	<p>Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)</p>	<p>Ort, Datum</p>	<p>Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses</p>

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