

Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen /
Landeskrankenhausgesellschaft BW

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 - 483917

**Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV)**

**Anzeigsteller/in nach § 116b Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V
(SGB V):**

– Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus –

Teamleitung:

Krankenhaus:

Straße:

PLZ, Ort:

Institutionskennzeichen (IK-Nummer):

Bearbeiter/in:

Telefon:

E-Mail:

Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus

Es wird angezeigt, dass das genannte Krankenhaus die folgenden ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V erbringt.

Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:

- Rheumatologischen Erkrankungen - Erwachsene (Teil 1)**
→weiter auf Seite 3,
- Rheumatologischen Erkrankungen - Kinder und Jugendliche (Teil 2)**
→weiter auf Seite 11,

entsprechend der [Anlage 1.1 b der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“](#), im Folgenden „Richtlinie“ genannt.

Hinweis: Sollen mehrere Leistungen aus dem Katalog zu § 116b SGB V erbracht werden, sind jeweils separate Anzeigen zu stellen.

Ich versichere, die Anforderungen der Richtlinie an die Erbringung der angezeigten Leistungen zu erfüllen. Die zugehörigen Verpflichtungen werden beachtet.

Zur Prüfung der Anzeige durch den erweiterten Landesausschuss sind alle nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):

Anlage 1: Personelle Anforderungen - Erwachsene (Teamleitung und Kernteam)	<input type="checkbox"/>
Anlage 2: Personelle Anforderungen - Erwachsene (Hinzuziehende Fachgruppen)	<input type="checkbox"/>
Anlage 1: Personelle Anforderungen – Kinder- und Jugendliche (Teamleitung und Kernteam)	<input type="checkbox"/>
Anlage 2: Personelle Anforderungen - Kinder- und Jugendliche ((Hinzuziehende Fachgruppen)	<input type="checkbox"/>
Anlage 3: Sächliche und organisatorische Anforderungen	<input type="checkbox"/>
Anlage 4: Mindestmengen und Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>
Anlage 5 Versicherungserklärung	<input type="checkbox"/>

Teil 1 (Behandlung von Erwachsenen)

Die Betreuung der Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt bei der Behandlung von Erwachsenen durch einen Facharzt / eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie.

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 der Richtlinie). Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

Das Team wird geleitet und koordiniert von:

Name der Teamleitung/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als: ?
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

Mitglieder des Kernteams*: ?

Name der Mitglieder/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als:
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ



Ein Facharzt / eine Fachärztin für:

- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team 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.

Die Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, da

- **kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist**

oder

- **trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von zwei 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.**

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Stellungnahme auf gesondertem Blatt beifügen, falls keine Fachärztin / kein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie beteiligt wird.)

**Personelle Anforderungen (Erwachsene)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

Augenheilkunde

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner: ?		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich ?	<input type="checkbox"/> Institutionell ?
Kooperationsvertrag beigefügt: ?	<input type="checkbox"/> Ja	

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Erwachsene)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Mittelmeerfieber

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Innere Medizin und Angiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Innere Medizin und Gastroenterologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Erwachsene)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Innere Medizin und Kardiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Laboratoriumsmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Neurologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Erwachsene)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Nuklearmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Pathologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Radiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Erwachsene)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Urologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:	
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja

Teil 2 (Behandlung von Kindern und Jugendlichen)

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie.

Die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 der Richtlinie). Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

Das Team wird geleitet und koordiniert von:

Name der Teamleitung/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als: ①
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

Mitglieder des Kernteams*: ①

Name der Mitglieder/ Adresse(n)	Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz- bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als:
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> Zugelassener Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

②

Ein Facharzt / eine Fachärztin für:

- Augenheilkunde
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie und
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie

Die Voraussetzung zur Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team 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.

Die Beteiligung des Fachgebietes „Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie“ im ASV-Team entfällt, da

- **kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist**

oder

- **trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von zwei 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.**

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Stellungnahme auf gesondertem Blatt beifügen, falls keine Fachärztin / kein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie beteiligt wird.)

**Personelle Anforderungen (Kinder und Jugendliche)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Humangenetik, nur in Zusammenhang mit Untersuchungen zur genetischen Bestätigung bei klinischem Verdacht auf Hereditäre Periodische Fiebersyndrome und Blau-Syndrom

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Kinder und Jugendliche)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Innere Medizin und Angiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Innere Medizin und Gastroenterologie oder Kinder und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Kinder und Jugendliche)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Innere Medizin und Nephrologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Nephrologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Innere Medizin und Pneumologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Pneumologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Laboratoriumsmedizin

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Kinder und Jugendliche)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt Neuropädiatrie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Pathologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

**Personelle Anforderungen (Kinder und Jugendliche)
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

Radiologie

Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	<input type="checkbox"/> Ja	

I. Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen (hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung):

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- zugelassene(r) Physiotherapeut(in) [?]
- Ergotherapie
- Orthopädietechnik /-mechanik /-schuhmacher
- soziale Dienste

II. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Vorliegendes bitte ankreuzen):

24-Stunden-Notfallversorgung **mind. in Form einer Kooperation des jeweiligen ASV-Teams mit einer** [?]

- Rheumatologischen Akutklinik oder
- Krankenhaus mit internistischer Abteilung und Notaufnahme (nur der Behandlung von Erwachsenen notwendig)
- Krankenhaus mit der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin und Notaufnahme (nur bei der Behandlung von Kindern- und Jugendlichen notwendig)

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst **auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche Bildgebende Diagnostik.**

Liegt vor

Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.

Ja

I. Mindestmengen:**Bei der Behandlung von Erwachsenen:**

Das Kernteam muss mindestens **240** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose in den zurückliegenden vier Quartalen vor der ASV-Anzeige behandelt haben und in der ASV pro Jahr behandeln.

Liegt vor.

Es wird hinsichtlich der Mindestmengen eine Ausnahme dahingehend geltend gemacht, dass die Mindestmenge bei Anzeigestellung um maximal 50 Prozent unterschritten wird (s. Ziffer 3.4 der Richtlinie). Bitte fügen Sie hierzu Ihre Stellungnahme auf einem gesonderten Blatt bei. [?]

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

Eine Mindestzahl ist nach Ziffer 3.4 der ASV-RL Anlage 1.1b nicht festgelegt.

II. Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V bestehen:

Durch das Ankreuzen der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und untenstehende Unterschrift versichern wir, dass Leistungen, welche den Anforderungen des § 135 Abs. 2 SGB V unterliegen, unter Einhaltung der hier beinhalteten jeweiligen Voraussetzungen in fachlicher, apparativer, baulicher, organisatorischer, personeller und hygienischer Hinsicht hinsichtlich jedes Mitglieds des ASV-Teams erbracht werden. Es handelt sich hierbei derzeit insbesondere um nachfolgende Richtlinien und Vereinbarungen:

Ambulantes Operieren: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren;	<input type="checkbox"/>
EBM-Genehmigung: Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses (GNRn 01821, 01822)	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Hand: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) GNR 18330. Für Vertragsärzte, die eine entsprechender Zusatzqualifikation nachweisen.	<input type="checkbox"/>
interventionellen Radiologie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie	<input type="checkbox"/>
Invasive Kardiologie: Voraussetzungen gemäß § 135 Abs.2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	<input type="checkbox"/>
Physikalische Medizinische Leistungen: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Kapitel 30.4 Nr.1. Für Vertragsärzte, die eine entsprechender Zusatzqualifikation nachweisen. (GNRn 30400, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430)	<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie-Vereinbarung: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)	<input type="checkbox"/>
MR-Angiographie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiografie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie)	<input type="checkbox"/>
Koloskopie: Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen	<input type="checkbox"/>
Labor: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor)	<input type="checkbox"/>
Strahlendiagnostik und -therapie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie: Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung; Anlage 1 Bundesmantel-Vertrag-Ärzte)	<input type="checkbox"/>
Ultraschall: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik	<input type="checkbox"/>

Langzeit-EKG: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sowie die dazugehörigen gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden. Mir ist bekannt, dass die Verpflichtung besteht, es unverzüglich gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzuzeigen, falls diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Es besteht außerdem die Verpflichtung, während der Teilnahme an der ASV gegebenenfalls an Stichprobenprüfungen teilzunehmen.

Zudem versichere ich die Richtigkeit der Angaben sowie der eingereichten Unterlagen. Mir ist bekannt, dass bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben die Genehmigung widerrufen werden kann und die bis dato erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Ich möchte den Service der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses zum Erhalt der ASV-Teamnummer in Anspruch nehmen und bitte um Zusendung der entsprechenden Formulare.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
(Geschäftsführer)

Bei Kooperationen mit Institutionen oder Vertragsärzten fügen Sie bitte die nachfolgende Anlage bei

Kernteam:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Hinzuzuziehende Fachärzte (Persönlich benannt):

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen / Landeskrankenhausgesellschaft BW

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel.: 0711/7875 - 3675 Fax: 0711/7875 – 483917

**Bevollmächtigung der Teamleitung
durch Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen**

Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Teamleitung die Bevollmächtigung, in unserem Namen Erklärungen im Zusammenhang mit diesem Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ASV gegenüber dem erweiterten Landesausschuss abzugeben und in unserem Namen Erklärungen vom erweiterten Landesausschuss entgegenzunehmen, insbesondere Bescheide des erweiterten Landesausschusses in unserem Namen zu empfangen.

Zudem versichern wir die Richtigkeit der Angaben sowie der eingereichten Unterlagen. Uns ist bekannt, dass bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben die Genehmigung widerrufen werden kann und die bis dato erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschuss wird bevollmächtigt, die im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung geführten Registerakten der Teamleitung und der Mitglieder des Kernteams und der persönlich benannten hinzuzuziehenden Fachärzte im Rahmen des Berechtigungsverfahrens einzusehen und die hierfür notwendigen Urkunden zwecks eigener Verwendung zu kopieren und zu den Akten zu nehmen.

Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes <u>und</u> der Institution	Ort, Datum	Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes <u>und</u> des Vertretungsberechtigten* der Institution)

* Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.