ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675 Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de KIM: ASV-BW@kvbw.kim.telematik

Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Anzeigesteller/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):

Ansprechpartner/in:

Telefon Ansprechpartner/in:

E-Mail Ansprechpartner/in:

E-Mail Geschäftsführung:

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:

Hämophilie

entsprechend der *Anlage 2 c) 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.

Die Leistungserbringung innerhalb der ASV mit den in dieser Anzeige benannten Teammitgliedern beginnt zum _____.[1]
(Das Beginndatum sollte frühestens 4 Wochen nach Anzeigestellung sein.)

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

Anlage 1 Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)	☐
Anlage 2 Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)	☐
Anlage 3 Sächliche und organisatorische Anforderungen	☐
Anlage 4 Mindestmengen und Qualitätsanforderungen	☐
Anlage 5 Versicherungserklärung	☐
Anhang bzgl. der Qualitätsanforderungen zu Hämophilie	☐

[1] Bitte beachten Sie hierbei die Vorgaben des Gesetzes, wonach das angezeigte Team erst nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, es sei denn, das genannte Krankenhaus erhält vom erweiterten Landesausschuss einen anderslautenden Bescheid. Innerhalb der genannten Frist wird der erweiterte Landesausschuss die Anzeige prüfen, um festzustellen, ob die Voraussetzungen des Gesetzes und der hierzu ergangenen Richtlinie erfüllt sind.

Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam) Anlage 1

Die Betreuung der Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team. Die Leitung und Koordination des interdisziplinären Teams erfolgt durch einen Facharzt / eine Fachärztin für

- Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- Transfusionsmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin / ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie benannt werden.

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- / Zusatzbezeichnung**	**Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.**	**Teilnahme als:[2]**
		☐ Ja	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

[2] Bitte tragen Sie hier lediglich den Status ein, mit dem Sie an der ASV teilnehmen möchten.

Mitglieder des Kernteams*:[3]

Name der Mitglieder/ Adresse(n)	**Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatzbezeichnung**	**Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.**	**Teilnahme als:**
		☐ Ja	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

		☐ Ja	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ
		☐ Ja	☐ Krankenhausarzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Zugelassener Vertragsarzt ☐ Angestellter bei Vertragsarzt/MVZ

*Zusätzlich zur Teamleitung muss mindestens eine weitere Fachärztin[4] oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie:

- Innere Medizin oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Transfusionsmedizin

Sofern Teamleitung Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, muss mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie und der Facharztweiterbildung

- Innere Medizin oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Teil des Kernteams sein.

Teil des Kernteams ist auch:

- Orthopädie und Unfallchirurgie

*Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch:

- Kinder- und Jugendmedizin mit mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie oder
- Kinder- und Jugendmedizin, falls kein Facharzt / keine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie verfügbar ist.

[3] Die Zusammensetzung des Kernteams ist von der Facharztdisziplin der Teamleitung abhängig.

[4] Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der MWBO. Bitte beachten Sie die Übergangsbestimmungen.

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen) — Anlage 2

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

☐ **Allgemeinchirurgie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner: [5]		
Benennung:	☐ Persönlich [6]	☐ Institutionell [7]
Kooperationsvertrag beigefügt: [8]	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

[5] Bitte Name und Adresse des Kooperationspartners angeben.
[6] Persönliche Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch den genannten Arzt gestellt. Der Arzt erfüllt die Voraussetzungen der Teilnahme persönlich.
[7] Institutionelle Benennung bedeutet, die Facharztgruppe wird durch das Institut (Krankenhausabteilung/MVZ) gestellt. Ein Arzt der Krankenhausabteilung/MVZ erfüllt die Voraussetzungen.
[8] Ein Vertrag des kooperierenden Arztes mit der Teamleitung (bzw. den jeweiligen Vertretungsberechtigten), der die Kooperation innerhalb der ASV regelt, ist hier ausreichend.

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)	**Anlage 2**

☐ **Humangenetik**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Innere Medizin und Gastroenterologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Laboratoriumsmedizin**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)	**Anlage 2**

☐ **Psychiatrie und Psychotherapie oder** ☐ **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder** ☐ **Ärztliche/r Psychotherapeut/in oder** ☐ **Psychologische/r Psychotherapeut/in oder** ☐ **Fachpsychotherapeut/in für Erwachsene**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Radiologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann zusätzlich benannt werden:

☐ **Kinder- und Jugendpsychiatrie und – Psychotherapie oder** ☐ **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in oder** ☐ **Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

☐ **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

oder

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	☐ Persönlich	☐ Institutionell
Kooperationsvertrag beigefügt:	☐ Ja	
Anmerkung:		

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

☐ soziale Dienste wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten

☐ zugelassene Physiotherapie [9]

☐ Zahnheilkunde

[9] Ein zugelassener Physiotherapeut ist berechtigt, Patienten der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

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

- 24-Stunden-Notfallversorgung **mind. in Form einer Rufbereitschaft** von einer bzw. einem der folgenden Facharztinnen bzw. Fachärzten besteht:
  - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
  - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie
  - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie.

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

  Maximale Entfernung der Notfallversorgung zum Tätigkeitsort der Teamleitung 30 Min. gem. § 4 Abs. 1 der Richtlinie

  ☐ Liegt vor

- **Es ist dafür Sorge zu tragen, dass folgende räumliche und technische Ausstattung vorgehalten wird: permanente Verfügbarkeit von Gerinnungspräparaten**

  ☐ Liegt vor

I. Mindestmengen:

Das Kernteam muss mindestens **30** Patientinnen und Patienten mit schwerer Hämophilie (F VIII bzw. F IX < 1 % sowie Willebrand-Jürgens-Syndrom mit dauerhaft behandlungsbedürftiger Hypokoagulabilität) 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. [10]

[10] Die Mindestmenge darf in vier Quartalen vor der Anzeige und bis zu einer Dauer von vier Quartalen danach um höchstens 50 % unterschritten werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie im Folgejahr erfüllt werden. Bitte erläutern Sie diese.

Bitte verwenden Sie für den Nachweis der Qualitätsanforderungen das gesonderte Formular:

„Anhang bezüglich der Qualitätsanforderungen zu Hämophlilie“!

www.kvbawue.de/pdf4785

Versicherungserklärung Anlage 5

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.

_____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel (Geschäftsführer)

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

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE, KRANKENKASSEN UND BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG

Postfach 80 06 08 70506 Stuttgart Geschäftsstelle: Albstadtweg 11 Tel: 0711 7875-3675
Fax: 0711 7875-483917 E-Mail: asv-bw@kvbawue.de

Bevollmächtigung des ASV-Anzeigestellers durch vertragsärztliche Kernteammitglieder und vertragsärztliche hinzuzuziehende Fachärzte sowie Teammitglieder aus kooperierenden Krankenhäusern/Institutionen

Anzufügen an die Teilnahmeanzeige des Teams:

Mit unserer Unterschrift erteilen wir der Geschäftsführung des anzeigenden Krankenhauses 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.

☐ 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. [11]

Name des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, Name des Arztes und der Institution	**Datum**	**Unterschrift/Stempel (des Arztes oder, im Fall der Beschäftigung in einer Institution, des Arztes und des Vertretungsberechtigten [12] der Institution)**

[11] Bei Wahl dieser Option erübrigt es sich, Kopien der Approbation, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung beizulegen. Hierzu ist es erforderlich, dass das Teammitglied im Arztregister geführt wird und diese Anzeige unterschreibt.
[12] Der Vertretungsberechtigte eines Teammitgliedes (aus einem Krankenhaus oder MVZ) ist die Geschäftsführung dieser Einrichtung.

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.

An den
Erweiterter Landesausschuss BW
Albstadtweg 11
70506 Stuttgart

Datum _____

Postempfangsvollmacht

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bevollmächtige ich die untenstehende Person:

Name: _____

ab sofort die Postsendungen für das Krankenhaus / Klinikum

Name der Klinik: _____

Adresse der Klinik: _____

_____

_____

entgegenzunehmen.

Diese Vollmacht beinhaltet auch den Empfang digitaler Sendungen, die an folgende E-Mail-Adresse geschickt werden sollen.

E-Mail-Adresse: _____

Die Postempfangsvollmacht kann vom Vollmachtgeber jederzeit gegenüber dem erweiterten Landesausschuss schriftlich widerrufen werden.

Mit freundlichen Grüßen

_____

Unterschrift Geschäftsführer/in