

**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)**

**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):

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:

- **Morbus Wilson**

entsprechend der [Anlage 2 h\) 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 die nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):

Anlage 1 Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)	<input type="checkbox"/>
Anlage 2 Personelle Anforderungen (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"/>

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 und Gastroenterologie** oder einen Facharzt / eine Fachärztin für **Neurologie**.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ auch ein Facharzt / eine Fachärztin für **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie** oder ein Facharzt / eine Fachärztin für **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie** 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- / Zusatz- bezeichnung	Kopie der Approbation, Facharzturkunde, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung sind beigefügt.	Teilnahme als: ②
		<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* ②

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

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



*Ein Facharzt / eine Fachärztin (sofern nicht Teamleitung) für

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Neurologie

*Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden zusätzlich auch:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie.

Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung verfügbar ist, ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

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

Humangenetik

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 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

**Personelle Anforderungen
(Hinzuziehende Fachgruppen)**

Anlage 2

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	

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	

**Personelle Anforderungen
(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	

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

Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung 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	

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

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 Gesundheitsdisziplinen und weiteren Einrichtungen (hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung):

Transplantationszentren (Leber)

soziale Dienste

II. Teilnahme an der ASV nach § 116b SGB V a.F:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses das zuständige Regierungspräsidium über diese Anzeige informiert, um den Umgang mit etwaig bestehenden Bestimmungen nach § 116b SGB V a.F zu überprüfen. (Siehe: § 116b Abs. 8 SGB V).

I. Mindestmengen:

Eine Mindestzahl ist nach Ziffer 3.4 der ASV-RL Anlage 2 Buchstabe h nicht festgelegt.

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

Durch Ankreuzen der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und untenstehende Unterschrift versichere ich, dass Leistungen, welche den Anforderungen des § 135 Abs. 2 SGB V unterliegen, unter Einhaltung der hier beinhalteten 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:

Kernspintomographie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie - Magnetresonanz-Angiographie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie	<input type="checkbox"/>
Koloskopie: Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen	<input type="checkbox"/>
Physikalisch Medizinische Leistung Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Kapitel 30.3 Nr.1 und 30.4 Nr.1	<input type="checkbox"/>
Psychosomatik Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)	<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"/>
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"/>
Labor Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung	<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)

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

Erweiterter Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen / Landeskrankenhausgesellschaft BW

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

**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. (?)

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.