

**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:

<b>Nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus</b>
--

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

**Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit:**

- **Ausgewählte seltene Lebererkrankungen**

entsprechend der [Anlage 2o 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.

<b>Zur Prüfung der Anzeige durch den erweiterten Landesausschuss sind die nachstehenden Anlagen erforderlich (bitte beigefügte Anlagen ankreuzen):</b>
--

<a href="#"><u>Anlage 1 Personelle Anforderungen (Teamleitung und Kernteam)</u></a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#"><u>Anlage 2 Personelle Anforderungen (Hinzuziehende Fachgruppen)</u></a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#"><u>Anlage 3 Sächliche und organisatorische Anforderungen</u></a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#"><u>Anlage 4 Mindestmengen und Qualitätssicherung</u></a>	<input type="checkbox"/>
<a href="#"><u>Anlage 5 Versicherungserklärung</u></a>	<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.

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann alternativ eine Fachärztin / ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt 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: ?
		<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



\*Ein Facharzt / eine Fachärztin (zusätzlich zur Teamleitung) für

- Innere Medizin und Gastroenterologie

\*Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden auch:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie oder
- Kinder- und Jugendmedizin, falls kein Facharzt / keine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie verfügbar ist.

Bei medizinischer Notwendigkeit werden zeitnah folgende Facharztgruppen hinzugezogen:

☐ **Innere Medizin und Rheumatologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Laboratoriumsmedizin**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Pathologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Radiologie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Viszeralchirurgie**

☐ Im eigenen Haus sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

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

☐ **Kinder- und Jugendpsychiatrie und – Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

☐ In eigener Praxis sichergestellt.

**oder**

☐ Durch Kooperation sichergestellt.

Kooperationspartner:		
Benennung:	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Institutionell
Kooperationsvertrag beigelegt:	<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. Weiterhin müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Vorliegendes bitte ankreuzen):**

- 24-Stunden-Notfallversorgung **mind. in Form einer Rufbereitschaft** von einer bzw. einem der folgenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten besteht:
- Innere Medizin und Gastroenterologie

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

- **Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung**

☐ Liegt vor

- **Bereitstellung von Notfallplänen (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ausgewählten seltenen Lebererkrankungen**

☐ Liegt vor

**III. 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:**

I.1 Das Kernteam muss mindestens **50** Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit Verdachts- oder 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. <sup>?</sup>

## **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 beinhaltenen 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:

Koloskopie: Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie)	<input type="checkbox"/>
Interventionelle Radiologie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie)	<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"/>
Labor: Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 SGB V	<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.

# 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. (?)

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

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

Bei Bedarf bitte mehrfach drucken.