

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

**Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie)
gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2023**

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

G40.- Epilepsie

Bei G40.5 Spezielle epileptische Syndrome nur Epilepsia partialis continua [Kojewnikow-Syndrom]

F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]

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:

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

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 Krankenhau- ses	Facharztbezeichnung	Kopie der Facharzt-/ Schwerpunkt-/ Zusatzweiterbildungs- urkunde beigelegt
Kernteam <small>(zusätzlich zur Teamleitung)</small>			Neurologie	<input type="checkbox"/>

zusätzlich, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Kernteam*			Kinder- und Jugendme- dizin mit SP Neuropädi- atrie	<input type="checkbox"/>
-----------	--	--	---	--------------------------

* Falls keine Fachärztin oder kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit genanntem SP verfügbar ist, ist eine Fachärztin/ ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen.

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. c) 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 Krankenhauses ³	Facharztbezeichnung ²	Krankenhaus: Fachabteilung nach Krankenhausplan vorhanden
Hinzuzuziehende/r			Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Humangenetik	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Innere Medizin und Kardiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuziehende/r			Laboratoriumsmedizin	<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.

³Bei institutionellen Benennungen nur BSNR des MVZ oder IK des Krankenhauses.

2. c) 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
Hinzuzuzie- hende/r			Psychiatrie und Psy- chotherapie oder Psy- chosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische o- der Ärztliche Psycho- therapeutin oder Psy- chologischer oder Ärzt- licher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r			Radiologie	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r (kann zusätzlich be- nannt werden)			Radiologie mit Schwer- punkt Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>

optional, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:

Hinzuzuzie- hende/r			Kinder- und Jugend- psychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapeu- tin oder -psychothera- peut	<input type="checkbox"/>
Hinzuzuzie- hende/r			Kinder- und Jugendme- dizin mit SP Kinder- und Jugend-Kardiologie	<input type="checkbox"/>

2. c) 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
Hinzuzuzie- hende/r			Kinder- und Jugendme- dizin mit ZWB Kinder- und Jugend-Endokrino- logie und -Diabetologie	<input type="checkbox"/>

2. d) Zusammenarbeit im interdisziplinären Team	
Die regelmäßige Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
2. e) Nachweis § 3 Abs. 5 Satz 1 G-BA-Richtlinie	
Alle Teammitglieder verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten des spezifischen Versorgungsbe- reichs.	<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 Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen besteht:	
Ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege	<input type="checkbox"/>
Epilepsie-Chirurgie	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Soziale Dienste, wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten	<input type="checkbox"/>
24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der Ärzte (Nachweis der Kooperation ist in Kopie beigefügt): <ul style="list-style-type: none"> • Neurologie 	<input type="checkbox"/>
Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten bereitgehalten.	<input type="checkbox"/>
Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.	<input type="checkbox"/>
Es liegt eine Befund- und Behandlungsdokumentation vor, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.	<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 ambulanten 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 ambulanten 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 ASV-Leistungserbringung hat das Kernteam mindestens 110 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationsgruppen 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"/>
<p>b) Das Kernteam gewährleistet, dass mindestens 110 Patienten pro Jahr im Rahmen der ASV behandelt werden.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>c) Das Kernteam konnte in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der ASV-Leistungserbringung keine 110 Patienten der unter Punkt 1 der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Erkrankungen behandeln. Es wurden jedoch mindestens 55 Patienten behandelt. Es ist sichergestellt, dass die erforderliche Mindestmenge in maximal einem Jahr erfüllt wird.</p> <p>Begründung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>

5.) Dokumentation	
<p>Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.</p>	<input type="checkbox"/>

6.) Merkblatt zur Anzeige (in Anlage)	
<p>Das Merkblatt zur Anzeige haben wir zur Kenntnis genommen.</p>	<input type="checkbox"/>

Unterschriften / Stempel

Teamleitung:

Neurologie alternativ, sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Teamleitung (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses

Kernteam*:

Neurologie				
	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 SP Neuropädiatrie 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)*:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Humangenetik				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Innere Medizin und Endokri- nologie und Diabetologie				
	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)*:

Innere Medizin und Kardiologie				
	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
Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut				
	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)*:

Radiologie				
	Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Hinzuzuziehende(r) (Ärztin/Arzt)	Ort, Datum	Ggf. zusätzl. Stempel/Unterschrift der Geschäftsführung des MVZ oder Krankenhauses
Radiologie mit SP Neurora- diologie (Kann zusätzlich benannt werden)				
	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 Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut</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 Kinder- und Jugend-Kardiologie</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 ZWB Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie</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>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)