**Anzeigenvordruck**

**zur Abfrage der Anforderungen und Voraussetzungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung
nach § 116b SGB V**

**Schwerwiegende immunologische Erkrankungen -**

**Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**

*(§ 116b SGB V i.V.m. Anlage 2 e) ASV-RL)*

**Hinweis:**

Der Anzeigenvordruck wird den anzeigeninteressierten Leistungserbringern in MS-Word zur Verfügung gestellt. Dies bietet die Möglichkeit, die teamspezifischen Informationen in elektronischer Form in den Anzeigenvordruck einzutragen. Alle relevanten Felder sind über die Formularfeldfunktion grau gekennzeichnet.

* Die Unterlagen sind je Indikation und ASV-Team vollständig einzureichen. Dies gilt auch, wenn bereits ein ASV-Team mit einer anderen Indikation besteht. Es ist leider nicht möglich, auf die bestehenden Unterlagen von Ärzten mit einer ASV-Berechtigung zurückzugreifen.

|  |
| --- |
| **ASV-Team****(Genaue Bezeichnung)** |
|            |
| **Teamleiter:****(Vorname, Name)** |            |
| **Tätigkeitsort der Teamleitung****(Anschrift)** |            |
| **Telefon:** |       | **Telefax:** |       |
| **Email:** |       |

|  |
| --- |
| Institution bzw. Anzeigender nimmt bereits an der Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 01.04.2007 bis 31.12.2011 zu dieser Indikation teil.[ ]  JA [ ]  NEIN |

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Anzeigenvordruck einschließlich der entsprechenden Nachweise in elektronischer Form an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Bayern zu übermitteln.

[**http://www.erweiterter-landesausschuss-bayern.de/**](http://www.erweiterter-landesausschuss-bayern.de/)

Bei Fragen können Sie sich telefonisch unter 089/62730-2495 an die Geschäftsstelle wenden.

In der nachfolgenden Tabelle, geben Sie bitte an, für welche Patienten Sie tätig werden wollen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Behandlung von Erwachsenen und****Kindern und Jugendlichen** | nur Behandlung vonErwachsenen | nur Behandlung von Kindern und Jugendlichen |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |

# Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit

Sarkoidose.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit folgender Erkrankung:

D86.- Sarkoidose

# Behandlungsumfang

Eine Beschreibung des Behandlungsumfangs ist unter Nr. 2 in der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen - Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose der ASV-RL zu finden. Die Konkretisierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM ist unter der Nr. 5 in der Anlage 2 e) der ASV-RL aufgeführt.

# Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach setzt eine spezielle Qualifikation und eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. *(§ 116b Abs. 1 S. 1 SGB V; § 3 Abs. 1 S. 1 ASV-RL).*

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen. *(§ 3 Abs. 1 S. 2 ASV-RL)*

## Personelle Anforderungen

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose erfolgt durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

### Allgemeine personelle Anforderungen

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten in der unter Nr. 1 genannten Erkrankung und nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil. *(§ 3 Abs. 5 S. 1 ASV-RL)* |
| [ ]  | Die Mitglieder des Kernteams verpflichten sich dazu, die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung anzubieten. *(§ 3 Abs. 2 S. 4 ASV-RL)*An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von diesen Regelungen ausgenommen.*(§ 3 Abs. 2 S. 5 ASV-RL)* |
| [ ]  | KlammerDie Mitglieder des interdisziplinären Teams verpflichten sich dazu, dass direkt an der Patientin oder dem Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht werden. Maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teamleitung. *(§ 3 Abs. 2 S. 6 u. 8 ASV-RL)***Nachweise:**Angabe der Tätigkeitsorte für **jedes Mitglied des interdisziplinären Teams** inkl. Anschrift sowie der Entfernung und Fahrzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung. |

(Die **Nachweise** sind in freier Form zu erbringen)

### Erkrankungsspezifische personelle Anforderungen

*(Nr. 3.1 Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen - Erkrankungsgruppe* *1 Sarkoidose ASV-RL)*

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

Die nachfolgend verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

*(vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 ASV-RL)*

1. **Teamleitung**
* Innere Medizin und Pneumologie **oder**
* Innere Medizin und Rheumatologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ***kann alternativ*** eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie

oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie benannt werden.

1. **Kernteam**
* Innere Medizin und Pneumologie
* Innere Medizin und Rheumatologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ***ist zusätzlich*** eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie zu benennen.

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

|  |
| --- |
| Ein Kinder- und Jugendmediziner mit der genannten Zusatz-Weiterbildung ist: |
| [ ]  Nicht verfügbar |

1. **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**
* Augenheilkunde
* Haut- und Geschlechtskrankheiten
* Innere Medizin und Gastroenterologie
* Innere Medizin und Kardiologie
* Laboratoriumsmedizin
* Neurologie
* Nuklearmedizin
* Pathologie
* Psychiatrie und Psychotherapie **oder** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**oder** Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut **oder** Ärztliche Psychotherapeutin/Ärztlicher Psychotherapeut

* Radiologie

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ***kann zusätzlich*** eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie als Teammitglied benannt werden.

|  |
| --- |
| Klammer**Nachweise:*** Die personellen Anforderungen ***sind durch entsprechende Urkunden*** über die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt /Zusatz-Weiterbildung ***nachzuweisen***.
* Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen. Als Nachweis über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

ist jeweils der ***aktuelle*** Beschluss der Zulassungsgremien vorzulegen. *(§ 2 Abs. 1 Satz 1 ASV-RL)** Bestehende schriftliche Kooperationsverträge für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen sind ebenfalls vorzulegen. Aus den Kooperationsverträgen muss hervorgehen, dass es sich um eine Kooperation im Sinne der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung handelt und die notwendigen Anforderungen entsprechend der Richtlinie erfüllt sind. *(§ 2 Abs. 2 S. 1 u. S. 2 ASV-RL i.V.m. § 3 Abs. 1 S. 2 ASV-RL)*
 |

**Hinweise zu den Kooperationsvereinbarungen**

* **Kooperationsvereinbarungen Kernteam**
Soweit die Mitglieder des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) nicht in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus tätig sind, sind schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation einzureichen.
* **Kooperationsvereinbarungen mit hinzuzuziehenden Fachärzten**
Soweit die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte nicht in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus mit den Mitgliedern des Kernteams tätig sind, sind für jede hinzugezogene Facharztgruppe schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation einzureichen.
* **Hinweis:**

Bitte beachten Sie, dass die Geschäftsstelle den Kooperationsvertrag lediglich im Hinblick auf die Voraussetzungen des § 116b SGB V prüft. Eine darüber hinaus gehende rechtliche Prüfung findet nicht statt. Etwaige Haftung ist ausgeschlossen.

**Hinweise zu bei Vertragsärzten angestellten Ärzten**

Anzeiger im Sinne der ASV-RL können nur an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, d. h. Vertragsärzte, MVZen und ermächtigte Ärzte, sowie nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sein *(§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V, § 2 Abs. 1 Satz 1 ASV-RL)*.

Assistentinnen und Assistenten (Weiterbildungsassistenten und Sicherstellungsassistenten) gemäß

§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV können nicht als ASV-Berechtigte an der ASV teilnehmen.

ASV-Leistungen persönlich erbringen können - neben Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und im Krankenhaus angestellten Ärzten - auch im MVZ oder bei Vertragsärzten angestellte Ärzte.

Anzeiger für bei Vertragsärzten angestellte Ärzte ist der anstellende Vertragsarzt. Für in einem MVZ angestellte Ärzte oder dort tätige Vertragsärzte ist Anzeiger der Vertretungsbefugte des MVZ

.

**Nennung der anzeigenden Vertragsärzte einschließlich bei ihnen angestellte Ärzte, die ASV-Leistungen erbringen.**

| **Anzeiger** **(Vertragsarzt)****Name, Vorname** | **Anzeiger** **(Vertragsarzt)****Anschrift** | **Angestellter Arzt** **Name, Vorname** |
| --- | --- | --- |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |
|      ,       |                        |      ,       |

**zu a) Teamleitung**

|  |
| --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt,****angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt****Angaben zur Teamleitung** |
| **Name, Vorname** | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt             |
| **Geb. Datum** |       |
| **Anschrift** |                        |
| **BSNR od. IK** |       |
| **Ggf. LANR 1)** |       |

1. *Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen obligat. Bei den Krankenhausärzten ist diese anzugeben, wenn vorliegend.*

|  |
| --- |
| **Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt /****Zusatz-Weiterbildung** |
| [ ]  | Innere Medizin und Pneumologie ***oder*** |
| [ ]  | Innere Medizin und Rheumatologie |

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, *kann alternativ* benannt werden:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie ***oder*** |
| [ ]  | eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie |

**zu b) Kernteam**

| **Fachgebietsbezeichnung****/Schwerpunkt/****Zusatz-Weiterbildung** | **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ,****Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt****Name, Vorname, Geb.dat** **des Arztes und Anschrift** | **BSNR od. IK** | **ggf. LANR 1)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Innere Medizin und Pneumologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt           |                 |                 |
| Innere Medizin und Rheumatologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt           |                 |                 |

|  |
| --- |
| **Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, *ist zusätzlich* erforderlich:** |
| eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt           |                 |                 |
| eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt           |                 |                 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alternative:**Wenn keine Fachärztin oder kein Facharzt mit der genannten Schwerpunktbezeichnung oder Zusatz-Weiterbildung verfügbar ist:**eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**  | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt          [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt           |                 |                 |

1. *Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen obligat. Bei den Krankenhausärzten ist diese anzugeben, wenn vorliegend.*

**zu c) Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

**Hinweis:**

Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist auch eine institutionelle Benennung möglich. *(§ 2 Abs. 2 Satz 5 ASV-RL, § 4a ASV-RL)*

Sofern für ein Fachgebiet eine institutionelle Benennung erfolgt, ist der Name der Institution

(z.B.: Organisationseinheit des Krankenhauses) anzugeben.

| **Fachgebietsbezeichnung****/Schwerpunkt/****Zusatz-Weiterbildung** | **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ,** **Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt****Name, Vorname, Geb.dat des Arztes** **oder Name der Institution****und Anschrift** | **BSNR od. IK** | **ggf. LANR 1)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Augenheilkunde | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Innere Medizin und Gastroenterologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Innere Medizin und Kardiologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Laboratoriumsmedizin | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Neurologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Nuklearmedizin | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Pathologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Psychiatrie und Psychotherapie oderPsychosomatische Medizinund Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche Psychotherapeutin/Ärztlicher Psychotherapeut | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |
| Radiologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |

|  |
| --- |
| **Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, *kann zusätzlich* benannt werden:** |
| Kinder- und Jugend-psychiatrie und-psychotherapie **oder** Kinder- und Jugendlichenpsycho-therapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder** Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie**oder**Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie**oder**Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie | [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,      [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt[ ]  Institutionelle Benennung[ ]  Ermächtigte Einrichtung     ,           ,       |                 |                 |

1. *Die Angabe der LANR ist bei den Ärzten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen obligat. Bei den Krankenhausärzten ist diese anzugeben, wenn vorliegend.*

**Qualitätssicherungsvereinbarungen und leistungsspezifische Qualitätsanforderungen1):**

Soweit für die im Appendix aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bestehen, gelten diese solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt. *(§ 3 Abs. 5 S. 2, § 4 Abs. 2 S. 1, § 12 S. 2 ASV-RL)*

Sollte für eine Leistung eine leistungsspezifische Qualitätsanforderung noch nicht festgelegt sein, gelten die für diese Leistung relevanten QS-Anforderungen aus den Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde. *(§4a Abs. 1 S. 4 ASV-RL)*

**Ergänzende Hinweise:**

* Alle abrechenbaren Leistungen für dieses Krankheitsbild sind im Appendix *(EBM-GOP-Katalog)* der jeweiligen Konkretisierung der Erkrankung der ASV-RL abgebildet.
* Die ASV-Berechtigten haben sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen *(§ 5 Abs. 1 S. 3 ASV-RL)*
* Für einzelne Leistungen aus dem Appendix gelten entweder Qualitätssicherungsvereinbarungen oder leistungsspezifische Qualitätsanforderungen. Diese sind in der u.g. Matrix jeweils zusammenfassend dargestellt.
* Außerdem sind in der Matrix die Arztgruppen dargestellt, welche die jeweiligen arztgruppenspezifischen Leistungen erbringen können.
* Aus dem Appendix ergibt sich, welche einzelnen GOPen aus einem Leistungsbereich z. B. Röntgen von welcher Arztgruppe erbracht werden können.
* Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass der in den Checklisten der Anlage 1 benannte Arzt die Anforderungen aus der maßgeblichen Qualitätssicherungsvereinbarung bzw. die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nachweislich erfüllt.

|  |
| --- |
| **Nachweise:*** Die Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarungen ist für diejenigen Ärzte des interdisziplinären Teams nachzuweisen, die die jeweiligen Leistungen durchführen (Benennung der Ärzte in der jeweiligen Checkliste ab Seite 37). Sollen leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nachgewiesen werden, sind die Fachärztinnen und Fachärzte bzw. die entsprechenden Einrichtungen in den Checklisten ab Seite 60 zu benennen.
* Für die Qualitätssicherungsvereinbarungen gilt Folgendes: Die **Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte** haben die auf der Grundlage der Qualitätssicherungsvereinbarungen erteilten **Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen** bei der Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss vorzulegen. **Fachärztinnen bzw. Fachärzte in Krankenhäusern** haben die Erfüllung der persönlichen und fachlichen Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch **entsprechende Nachweise** gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss zu belegen. Welche Anforderungen an die fachliche Befähigung bzw. welche apparativen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, kann den jeweiligen Checklisten zu den Qualitätssicherungsvereinbarungen entnommen werden.
* Die Anforderungen an die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 SGB V Abs. 2, bzw. die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL, können im Einzelnen den jeweiligen Checklisten entnommen werden.
 |

1)Ab 01.03.2024 wurde bei einigen Leistungen die entsprechende Anwendung der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL ersetzt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem Appendix****Qualitätssicherungs-****vereinbarungen nach****§ 135 Abs. 2 SGB V** | **GONRn** | **Innere Medizin** **und Pneumologie** | **Innere Medizin** **und Rheumatologie** | **Kinder- und Jugendmedizin mit** **Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie** | **Kinder- und Jugendmedizin mit** **Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie** | **Kinder- und Jugendmedizin** | **Augenheilkunde** | **Haut- und** **Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin** **und Gastroenterologie** | **Innere Medizin** **und Kardiologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Neurologie** |
| QSV zurRhythmusimplantat-Kontrolle | 04411-0441513571-13575 |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |
| QSV Spezial-Labor | 32164-32859 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |
| QSV Invasive Kardiologie  | 01520, 0152134291-34292 |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |
| Kernspintomographie-Vereinbarung | 34410-34452 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV MR Angiographie | 34470-34492 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ultraschallvereinbarung | 33010-33100 | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** |  | **x** |

Die Qualitätssicherungsvereinbarungen sind abrufbar unter [Bitte hier klicken!](http://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem Appendix****Qualitätssicherungs-****vereinbarungen nach****§ 135 Abs. 2 SGB V** | **GONRn** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztl. Psychotherapeutin/Ärztl. Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichen-****psychotherapeut** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt Neuropädiatrie** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie** | **Kinder- und Jugendmedizin mit** **Zusatz-Weiter-bildung Kinder-Gastroenterologie** |
| QSV zurRhythmusimplantat-Kontrolle | 04411-0441513571-13575 |  |  |  |  |  |  | **x** |  |
| QSV Spezial-Labor | 32164-32859 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV Invasive Kardiologie  | 01520, 0152134291-34292 |  |  |  |  |  |  | **x** |  |
| Kernspintomographie-Vereinbarung | 34410-34452 |  |  |  | **x** |  |  |  |  |
| QSV MR Angiographie | 34470-34492 |  |  |  | **x** |  |  |  |  |
| Ultraschallvereinbarung | 0441013545, 1355033010-33100 | **x** |  |  | **x** |  | **x** | **x** | **x** |

Die Qualitätssicherungsvereinbarungen sind abrufbar unter [Bitte hier klicken!](http://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem Appendix****Leistungsspezifische****Qualitätsanforderungen****nach § 4a ASV-RL** | **GONRn** | **Innere Medizin** **und Pneumologie** | **Innere Medizin** **und Rheumatologie** | **Kinder- und Jugendmedizin mit** **Zusatz-Weiterbildung Kinder-****und Jugend-Pneumologie** | **Kinder- und Jugendmedizin mit** **Zusatz-Weiterbildung Kinder-** **undJugend-Rheumatologie** | **Kinder- und Jugendmedizin** | **Augenheilkunde** | **Haut- und** **Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin und****Gastroenterologie** | **Innere Medizin** **und Kardiologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Neurologie** |
| Langzeit-EKG | 13252, 13253 |  |  | **x** | **x** | **x** |  |  |  | **x** |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie Diagnostische Radiologie: **🡺Allgemeine Röntgemdiagnostik** | 34210-34290 | **x** | **x** | **x** |  |  |  |  |  | **x** |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Diagnostische Radiologie **🡺Bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie** | 13430, 13431 |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Diagnostische Radiologie **🡺** **Dünndarmsaugbiopsie** | 04521 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie | 34310-34351 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklerarmedizin | 17310-17373 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koloskopie | 04514-0452013421-13424 |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |

Die Qualitätssicherungsvereinbarungen sind abrufbar unter [Bitte hier klicken!](http://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem Appendix****Leistungsspezifische****Qualitätsanforderungen****nach § 4a ASV-RL** | **GONRn** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie** **oder Psychosomatische** **Medizin und Psychotherapie****oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztl. Psychotherapeutin/Ärztl. Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt Neuropädiatrie** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt** **Kinder-Kardiologie** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Zusatz-Weiter-bildung Kinder-Gastroenterologie** |
| Langzeit-EKG | 13252, 13253 |  |  |  |  |  |  | **x** |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie Diagnostische Radiologie: **🡺Allgemeine Röntgemdiagnostik** | 34210-34290 |  |  |  | **x** |  |  | **x** |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Diagnostische Radiologie **🡺Bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie** | 13430, 13431 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Diagnostische Radiologie **🡺** **Dünndarmsaugbiopsie** | 04521 |  |  |  |  |  |  |  | **x** |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie | 34310-34351 |  |  |  | x |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklerarmedizin | 17310-17373 | **x** |  |  |  |  |  |  |  |
| Koloskopie | 04514-0452013421-13424 |  |  |  |  |  |  |  | **x** |

Die Qualitätssicherungsvereinbarungen sind abrufbar unter Bitte hier klicken!

## Sächliche und organisatorische Anforderungen

### Allgemeine sächliche und organisatorische Anforderungen (§ 4 ASV-RL)

*(§ 4 ASV-RL)*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Der Zugang und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und –untersuchung sind behindertengerecht. |

### Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen

*(Nr. 3.2 Anlage 2 e) ASV-RL)*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen:Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung:[ ]  Transplantationszentren (Lunge)**Klammer**[ ]  soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten [ ]  Physiotherapie**Nachweise:**Für die oben aufgeführten sächlichen und organisatorischen Anforderungen ist eine Beschreibung der organisatorischen Maßnahmen und der Infrastruktur beizufügen. |
| [ ]  | Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen und Ärzte:* Innere Medizin und Pneumologie
* Innere Medizin und Rheumatologie

**Klammer**Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik.Die 24-Stunden-Notfallversorgung und das Notfall-Labor sind in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. *(§ 4 Abs. 1 S. 3 ASV-RL)***Nachweise:**Benennung der Beteiligten inkl. Anschrift und Entfernung(auch institutionelle Benennung möglich). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. *(§ 4 S. 3 ASV-RL)***Klammer**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des KH:** |                      |
| **Anschrift:** |                      |
| **Entfernung:** |                 |

 |

Hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt *(§ 3 Abs. 5 S. 2, § 4 Abs. 2 S. 1, § 12 S. 2 ASV-RL).*

Sollte für eine Leistung eine leistungsspezifische Qualitätsanforderung noch nicht festgelegt sein, gelten die für diese Leistung relevanten QS-Anforderungen aus den Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde. *(§4a Abs. 1 S. 4 ASV-RL)*

## Dokumentation

*(§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen –*

 *Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ASV-RL)*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Die Dokumentation wird so vorgenommen, dass eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung möglich ist. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich getroffen (es gilt der Facharztstatus); diese werden jeweils entsprechend dokumentiert. |
| [ ]  | Die Dokumentation stellt die Zuordnung der Leistung zum ASV-Berechtigten und zum jeweiligen interdisziplinären Team eindeutig sicher. |
| [ ]  | Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten werden bereitgehalten. |
| [ ]  | Für die Dokumentation der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose ist die Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit zu dokumentieren. |
| [ ]  | Die Information des Patienten nach § 15 S. 2 ASV-RL wird dokumentiert |
| [ ]  | Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur wird Sorge getragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht. |

## 3.4 Mindestmengen

*(§ 11 ASV-RL, Nr. 3.4 Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen -*

*Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ASV-RL)*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Die Mitglieder des Kernteams haben in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige beim erweiterten Landesausschuss eine Anzahl von \_\_\_\_\_\_ Patientinnen bzw. Patienten der genannten Indikationsgruppe mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandelt. |

Das Kernteam muss mindestens 50 Patientinnen und Patienten mit Sarkoidose mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge i. S. d. Nr. 3.4. der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen - Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ASV-RL ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den zurückliegenden vier Quartalen vor der Anzeige beim erweiterten Landesausschuss maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, derbesonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Die Mindestmengen sind über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung zu erfüllen.

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der unter *Nr. 3.4 Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen - Erkrankungsgruppe 1* *Sarkoidose* *ASV-RL* genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt haben. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

## Überweisungserfordernis

Es besteht ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt.

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in das eigene ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Die Überweisung kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen.

# Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM

*(§ 12 ASV-RL, Nr. 5 Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen - Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose ASV-RL)*

Die Spezifizierung des Behandlungsumfangs ist dem Appendix zu entnehmen. Soweit für die unter Nr. 5 der Anlage Nr. 1.1 a) ASV-RL aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bestehen, gelten diese solange entsprechend, bis der G-BA diese durch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ersetzt *(§ 3 Abs. 5 S. 2, § 4 Abs. 2 S. 1, § 12 S. 2 ASV-RL).*

Sollte für eine Leistung eine leistungsspezifische Qualitätsanforderung noch nicht festgelegt sein, gelten die für diese Leistung relevanten QS-Anforderungen aus den Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde *(§4a Abs. 1 S. 4 ASV-RL).*

Alle in der Anlage beschriebenen fachlichen Befähigungen und apparativen Voraussetzungen sind entsprechend nachzuweisen.

Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a in Verbindung mit § 136 SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung entsprechend.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Es besteht ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem nach § 135a in Verbindung mit § 136 SGB V.Bezeichnung QMS:       |

# Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 15.06.2023 die Qualitätsanforderungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) durch die Einfügung eines neuen § 4a und eines neuen Anhangs zu § 4a der ASV-Richtlinie (ASV-RL) geändert. Dieser Beschluss wurde am 28.11.2023 im Bundesanzeiger veröffentlicht (BAnz AT 28.11.2023 B 1) und ist am 01.03.2024 in Kraft getreten.

Die Neuregelung ist auf alle Ärzte und Institutionen anwendbar, die bis zum 29.02.2024 noch nicht ASV-berechtigt waren.

Die Neuregelung sieht vor, dass die entsprechende Anwendung der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch „leistungsspezifische Qualitätsanforderungen“ ersetzt wird. Für folgende Leistungen wurden im Anhang zu § 4a ASV-RL bereits leistungsspezifische Qualitätsanforderungen festgelegt:

1. Langzeit-EKG
2. Strahlendiagnostik und -therapie:
	1. allgemeine Röntgendiagnostik
	2. Computertomographie
	3. Knochendichtemessung
	4. Strahlentherapie
	5. Nuklearmedizin
3. Koloskopie

Weitere Details können Sie den entsprechenden leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach
§ 4 a ASV-Richtlinie entnehmen.

# Bevollmächtigung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für den gesamten Schriftwechsel wird eine Person bevollmächtigt | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Name des Bevollmächtigten:            |
| Postanschrift des Bevollmächtigten:            |

# Abschließende Hinweise

Der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V ist berechtigt, einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass und nach Ablauf von mindestens fünf Jahren nach der erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten Überprüfung der Teilnahmeberechtigung aufzufordern, innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer dem Erweiterten Landesausschuss folgendes anzuzeigen haben:

* unverzüglich unter Angabe des genauen Zeitpunkts den Wegfall der für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung maßgeblichen persönlichen und sächlichen Anforderungen und Voraussetzungen,
* unverzüglich die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V,
* innerhalb von sieben Werktagen das Ausscheiden eines Mitglieds des interdisziplinären Teams,
* Vertretungen, wenn sie länger als eine Woche dauern und durch einen Arzt mit gleicher fachlicher Qualifikation erfolgen, der nicht bereits Mitglied des interdisziplinären Teams ist,
* innerhalb von drei Werktagen, wenn nach Ablauf von sechs Monaten keine Nachbesetzung erfolgt ist.

Abschließend wird auf folgende Pflichten hingewiesen:

* Studienteilnahme (§ 6 ASV-RL)
* Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen (§ 7 ASV-RL)
* Patienteninformation (§ 15 ASV-RL)
* Bei der Verordnung eines Arzneimittels ist über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes zu informieren. (§ 5 Abs.3 ASV-RL)

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgabe nach § 116b Abs. 2 und 3 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verarbeitet. Hierzu ist es erforderlich, dass der teilnahmewillige Leistungserbringer die insoweit maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllt und dies gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss unter Beifügung entsprechender Belege anzeigt

Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen führen. Mögliche Empfänger ihrer Daten sind neben den Vertretern der Patientinnen und Patienten im Sinne des § 140f SGB V auch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in seiner Funktion als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.erweiterter-landesausschuss-bayern.de\datenschutzrechte.

Zur zusätzlichen Einsichtnahme in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung und zur Anforderung und Übermittlung des aktuellen Auszuges, können Sie uns eine Einverständniserklärung beilegen.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen. Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner im Zusammenhang mit der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zum Wegfall der ASV-Berechtigung und zur Rückforderung der für die erbrachten Leistungen gezahlten Honorare führen können.

Die Anzeige ist durch alle natürlichen und juristischen Personen zu unterzeichnen, die gegenüber den Krankenkassen als selbständige Rechnungssteller auftreten. Bei juristischen Personen (z. B. Krankenhaus, MVZ) ist die Unterschrift durch die zeichnungsbefugte Person (z. B. Geschäftsführer) vorzunehmen. Dies gilt für alle Mitglieder des interdisziplinären Teams (Teamleitung, Kernteam, hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte).

Bei Vertragsärzten angestellten Ärztinnen und Ärzten muss auch der Vertragsarzt die Anzeige unterschreiben, der diese beschäftigt.

Des Weiteren erkläre ich mein Einverständnis, dass die Teamleiterin, der Teamleiter bevollmächtigt wird, die Positivmitteilungen für alle am ASV-Team teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragsärztinnen (einschließlich deren angestellten Ärzte und Ärztinnen) einheitlich zu erhalten.

| **Ort, Datum** | **Funktion,Name der Institution** | **Name, Vorname** | **Unterschrift** |
| --- | --- | --- | --- |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |

**Anlage 1**

**Checklisten zur Überprüfung der Vollständigkeit der Antragsunterlagen**

Für alle in dieser Anlage aufgeführten Ankreuzfelder innerhalb der Matrizen sind entsprechende Nachweise (Urkunden, Selbsterklärungen etc.) beizufügen.

**Checkliste zu 3.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin und Pneumologie** | **Innere Medizin und Rheumatologie** | **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin1)** | **Augenheilkunde** | **Haut- und Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin und Gastroenterologie** | **Innere Medizin und Kardiologie** | **Laboratoriumsmedizin** |
| a) Ausreichend Erfahrung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| b) Erbringung am Tätigkeitsort | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]   |  [ ]  |  |  |  |  |  |
| c) Angemessene Entfernung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

1. sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztl. Psychotherapeutin/Ärztl. Psychotherapeut1)** | **Radiologie** | **Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder** **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut1)** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt Neuropädiatrie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie1)** |
| a) Ausreichend Erfahrung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| b) Erbringung am Tätigkeitsort |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| c) Angemessene Entfernung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

1) sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verfügen über ausreichend Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten in der unter Nr. 1 genannten Erkrankung und nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

*(§ 3 Abs. 5 ASV-RL)*

1. Die Mitglieder des Kernteams verpflichten sich dazu, die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen. *(§ 3 Abs. 2 S. 4 ASV-RL)*
2. Die Mitglieder des interdisziplinären Teams verpflichten sich dazu, dass direkt an der Patientin oder dem Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht werden. Maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teammitglieder. *(§ 3 Abs. 2 S. 6 und S. 8 ASV-RL)*

**Checkliste zu 3.1.2 Erkrankungsspezifische personelle Anforderungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin und****Pneumologie** | **Innere Medizin und** **Rheumatologie** | **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin1)** | **Augenheilkunde** | **Haut- und** **Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin und** **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und** **Kardiologie** | **Laboratoriumsmedizin** |
| a) Urkunden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |
| b) Urkunden und/oder institutioneller Nachweis |  |  |  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| c) Zulassung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| d) Ggf. Kooperationsvertrag | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

1) sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psycho-logischer Psychotherapeut oder Ärztl. Psychotherapeutin/Ärztl. Psychotherapeut1)** | **Radiologie** | **Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsycho-therapeut 1)** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt Neuropädiatrie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin** **mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie1)** | **Kinder- und Jugendmedizin mit** **Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie1)** |
| a) Urkunden |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| b) Urkunden und/oder institutioneller Nachweis | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| c) Zulassung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| d) Ggf. Kooperationsvertrag | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

1) sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden

1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der geforderten Schwerpunktbezeichnung, Zusatzbezeichnung und Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung *(§ 3 Abs. 3 S. 1 ASV-RL)*
2. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der geforderten Schwerpunktbezeichnung, Zusatzbezeichnung und Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung *(§ 3 Abs. 3 S. 1 ASV-RL)* und Auszug aus dem Krankenhausplan
3. Nachweis über die Teilnahmeberechtigung an der vertragsärztlichen Versorgung, Zulassung als Vertragsärztin/Vertragsarzt; Zulassung als MVZ, Ermächtigung und/oder Nachweis über die Zulassung nach § 108 SGB V (*§ 2 Abs. 1 S. 1 ASV-RL)*
4. Schriftliche Vereinbarung der Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft, wenn zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen Kooperationen erforderlich sind
*(§ 2 Abs. 2 S. 1 u. S. 2 ASV-RL i.V.m. § 3 Abs. 1 S. 2 ASV-RL)*

**Hinweise zu den Kooperationsvereinbarungen**

* **Kooperationsvereinbarungen Kernteam**
Soweit die Mitglieder des Kernteams (einschließlich der Teamleitung) nicht in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus tätig sind, sind schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation einzureichen.
* **Kooperationsvereinbarungen mit hinzuzuziehenden Fachärzten**
Soweit die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte nicht in einer (ggf. überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft, dem gleichen MVZ oder dem gleichen Krankenhaus mit den Mitgliedern des Kernteams tätig sind, sind für jede hinzugezogene Facharztgruppe schriftliche Vereinbarungen über die Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zum Nachweis der Kooperation einzureichen.

**Checkliste zu 3.2.2 Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen**

Als Nachweis ist in diesem Zusammenhang eine Beschreibung der organisatorischen Maßnahmen sowie der Infrastruktur notwendig

.

**Checkliste zur Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt** | **Die unten stehenden fachlichen Nachweise sind für folgende Ärzte des interdisziplinären Teams beigefügt, die diese Leistungen erbringen:****Name und Facharztbezeichnung** | **Genehmigungs-bescheid/e der Kassenärztlichen Vereinigung** |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |

Sofern den Krankenhausärzten kein Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt, sind die Anforderungen und Voraussetzungen anhand der nachfolgenden Punkte zu belegen.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Anforderungen an die fachliche Befähigung, §5 QSV
* Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung
* „Innere Medizin und Kardiologie“ bzw. der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ und der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“

**oder*** Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder- und Jugend-Kardiologie

**und (**Gilt nicht für Kinder- und Jugend-Kardiologen!)* **1. Alternative:** Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **200 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen** unter Anleitung eines weiterbildungsbefugten Arztes **innerhalb der letzten 36 Monaten vor Eingang der Anzeige 1**

oder* **2. Alternative** Zusatzqualifikation "Spezielle Rhythmologie"

1Gleichwertige fachliche Qualifikation: Bestätigung eines Dritten (z. B. Geschäftsführer) über die selbstständige Durchführung innerhalb der letzten 36 Monate. 1. **Voraussetzungen bei telemedizinischer Kontrolle, § 4 QSV**

Bei telemedizinischer Kontrolle kardialer Rhythmusimplantate wird gewährleistet, dass* die **Rückmeldung an den Patienten** zu denErgebnissen der Implantatkontrolle bei Auffälligkeiten bzw. Umprogrammierungsbedarf spätestens am **nächsten Werktag,** ansonsten innerhalb der **drei nächsten Werktage** erfolgt

**und*** die Anforderungen an die Durchführung telemedizinischer Leistungen nach der „Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Anlage 31 BMV-Ä) erfüllt werden
1. Anforderungen an die apparative Ausstattung, § 6 QSV
* ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät,
* ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen
* eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator und
* ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft
 | Klammer[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**Checkliste zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (QSV Spezial-Labor)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt** | **Die unten stehenden fachlichen Nachweise sind für folgende Ärzte des interdisziplinären Teams beigefügt, die diese Leistungen erbringen:****Name und Facharztbezeichnung** | **Genehmigungs-bescheid/e der Kassenärztlichen Vereinigung1)** |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |

**1)Vertragsärzte, die bereits vor dem 1. April 2018 eine Genehmigung zur Abrechnung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM erhalten haben und regelmäßig entsprechende laboratoriumsmedizinische Untersuchungen durchgeführt und abgerechnet haben, behalten diese Genehmigung.**

Sofern den Krankenhausärzten kein Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt, sind die Anforderungen und Voraussetzungen anhand der nachfolgenden Punkte zu belegen.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Anforderungen an die fachliche Befähigung
* Facharzturkunde **Laboratoriumsmedizin** der Ärztekammer

als Nachweis der fachlichen Befähigung für alle Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM sowie der entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM2) Anforderungen an die Einrichtung, § 4 QSVEs wird bestätigt, dass die Einrichtung, in der die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen erbracht werden, die **Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen** (RiliBÄK) erfüllt werden, insbesondere:* ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem vorgehalten wird,
* die angebotenen Verfahren und Analysen einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung unterliegen,
* die angebotenen Leistungen von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchgeführt werden und
* eine externe Qualitätssicherung durch regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen erfolgt.
 | Klammer[ ] [ ]  |

**Checkliste zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie**

**Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt** | **Die unten stehenden fachlichen Nachweise sind für folgende Ärzte des interdisziplinären Teams beigefügt, die diese Leistungen erbringen:****Name und Facharztbezeichnung** | **Genehmigungs-bescheid/e der Kassenärztlichen Vereinigung** |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |

Sofern den Krankenhausärzten kein Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt, sind die Anforderungen und Voraussetzungen anhand der nachfolgenden Punkte zu belegen.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung, §§ 4, 9 der QSV**1. Facharzt für „Kinder- und Jugendmedizin“ mit Schwerpunktbezeichnung Kinder- und Jugend-Kardiologie:*** Facharzturkunde der Ärztekammer „**Kinder- und Jugendmedizin“**, sowie die Berechtigung zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung „Kinder- und Jugend-Kardiologie“**

**und*** Bescheinigung der Ärztekammer über die **Fachkunde im Strahlenschutz** nach der RöVund ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

**2. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie:*** Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung Kardiologie** bzw. der **Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“**

**und*** Weiterbildungszeugnis über eine **3-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie** unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes

**oder**Gleichwertige fachliche Qualifikation:Zeugnis über eine **2-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie** unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes und **Bestätigung eines Dritten (z. B. Geschäftsführer)** über eine selbstständige **1-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie****und*** Zeugnis über die **selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung der nachfolgenden Tätigkeiten** unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes:
* **1000 diagnostische Katheterisierungen** des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße **innerhalb der letzten 4 Jahre1**

**und*** **300 therapeutische Katheterinterventionen** an Koronararterien **innerhalb der letzten 3 Jahre1**

1Gleichwertige fachliche Qualifikation:Bestätigung eines Dritten (z. B. Geschäftsführer) über die selbstständige Durchführung innerhalb der letzten 3 bzw. 4 Jahre.**und*** Bescheinigung der Ärztekammer über die **Fachkunde im Strahlenschutz** nach der RöVund ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

2) Organisatorische Anforderungen, § 5 QSV* Während der Durchführung der Untersuchungen und Interventionen ist im Katheterraum mindestens eine **medizinische Fachkraft anwesend**, welche über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach Katheterisierungen verfügt.
* Darüber hinaus steht während der Durchführung der Untersuchungen und Interventionen im Katheterraum ein **weiterer approbierter Arzt** zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung.
* Bei Feststellung eines kardiochirurgischen Eingriffs können die Patienten innerhalb von **höchstens 30 Minuten** in nachfolgende

**Abteilung zur Kardiochirurgie** transportiert und dort versorgt werden:          Name der Klinik mit Angabe der Entfernung/Fahrzeit* **Räumlichkeiten für die Nachbetreuung** der Patienten stehen zur Verfügung. Die Betreuung der Patienten nach der therapeutischen Katheterintervention erfolgt in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor, um ggf. unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchführen zu können.
* Während der Nachbetreuung ist mindestens **eine medizinische Fachkraft anwesend**.
* Während der Nachbetreuung steht mindestens **ein approbierter Arzt** zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung
* Bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung steht ein **qualifizierter Arzt** innerhalb von **höchstens 30 Minuten** zur Verfügung.
* Nach einer Linksherzkatheteruntersuchung wird der Patient **mindestens 4 Stunden**, nach einer therapeutischen Katheterintervention **mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden** nachbetreut.

3) Anforderungen an die apparative Ausstattung, § 6 QSV* Folgende Mindestanforderungen an die **apparative Ausstattung im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit** werden erfüllt:
* Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät

(Beatmungsbeutel)* Absaugvorrichtung
* Sauerstoffversorgung
* Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
* Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms
* EKG-Monitor und Rufanlage
* Die Röntgeneinrichtung verfügt über die **Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-ACC/ESC Standard.**
* Zum Nachweis wird für das verwendete Gerät bei Bedarf der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung vorgelegt, aus dem eindeutig hervorgehen muss, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Sachverständigen-Prüfrichtlinie nach dem Strahlenschutzgesetz und der Strahlenschutzverordnung (SV-RL) für die entsprechenden Leistungen erfüllt sind.
* ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Zum Nachweis der Anforderungen an die **apparative Ausstattung** ist von den **Krankenhäusern** folgendes zu beachten:Der für die Qualitätssicherung verantwortliche Leiter hat dem erweiterten Landesausschuss eine Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass bei Geräten mit einem Alter von weniger als vier Jahren eine Gewährleistungserklärung des Herstellers und für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.**Hinweis:**Der erweiterte Landesausschuss in Bayern behält sich vor, die entsprechenden Nachweise zur Prüfung der apparativen Ausstattung stichprobenartig anzufordern. | Klammer[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

\*Formulare abrufbar unter: [Bitte hier klicken!](https://www.kvb.de/praxis/qualitaet/qualitaetssicherung/)

(**Hinweis für Krankenhäuser:** Die Formulare sind nicht an die KVB zu senden!!!)

**Checkliste zur Kernspintomographie-Vereinbarung**

**Kernspintomographie (ausgenommen Mamma und Angiographie)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt** | **Die unten stehenden fachlichen Nachweise sind für folgende Ärzte des interdisziplinären Teams beigefügt, die diese Leistungen erbringen:****Name und Facharztbezeichnung** | **Genehmigungs-bescheid/e der Kassenärztlichen Vereinigung** |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |

Sofern den Krankenhausärzten kein Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt, sind die Anforderungen und Voraussetzungen anhand der nachfolgenden Punkte zu belegen.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung§§ 4, Kernspintomographie-Vereinbarung**Radiologen:**1. **Alternative**:

Facharztanerkennung nach Weiterbildungsordnung **ab** 1993* Facharzturkunde Radiologie der Ärztekammer

**und*** Weiterbildungszeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von **1.000** kernspintomographischen Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken- und Thoraxorgane) unter Anleitung
1. **Alternative:**

Facharztanerkennung nach Weiterbildungsordnung **vor** 1993**zusätzlich** zu den Anforderungen nach Alternative 1:* Zeugnis über eine mindestens **24-monatige ganztägige Tätigkeit** in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine 12-monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden
* erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium**

Als **Substitut** für die erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** wird durch den erweiterten Landesausschuss auch der Nachweis über eine bestehende **Weiterbildungsbefugnis** bezogen auf eine Facharztbezeichnung und/oder eine zugehörige Schwerpunktbezeichnung sowie eine Zusatzbezeichnung akzeptiert.2) Anforderungen an die apparative Ausstattung§ 5 und Anlage I Kernspintomographie-Vereinbarung* vom Hersteller unterschriebene Gewährleistungserklärung\*
* ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Zum Nachweis der Anforderungen an die **apparative Ausstattung** ist von den **Krankenhäusern** folgendes zu beachten:Der für die Qualitätssicherung verantwortliche Leiter hat dem erweiterten Landesausschuss eine Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass bei Geräten mit einem Alter von weniger als vier Jahren eine Gewährleistungserklärung des Herstellers und für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.Aus den Gewährleistungserklärungen\* des Herstellers muss ersichtlich sein, dass die Anforderungen und Voraussetzungen aus den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen erfüllt werden.**Hinweis:**Der erweiterte Landesausschuss in Bayern behält sich vor, die entsprechenden Nachweise zur Prüfung der apparativen Ausstattung stichprobenartig anzufordern. | Klammer[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

\*Formular abrufbar unter: [Bitte hier klicken!](https://www.kvb.de/praxis/qualitaet/qualitaetssicherung/)

(**Hinweis für Krankenhäuser:** Die Formulare sind nicht an die KVB zu senden!!!)

**Checkliste zur QSV MR Angiographie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt** | **Die unten stehenden fachlichen Nachweise sind für folgende Ärzte des interdisziplinären Teams beigefügt, die diese Leistungen erbringen:****Name und Facharztbezeichnung** | **Genehmigungs-bescheid/e der Kassenärztlichen Vereinigung** |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |

Sofern den Krankenhausärzten kein Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt, sind die Anforderungen und Voraussetzungen anhand der nachfolgenden Punkte zu belegen.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung* Facharzturkunde **Radiologe** der Ärztekammer
* Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von **150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße)** unter Anleitung1) **innerhalb der letzten 5 Jahre** vor Eingang der Anzeige, wovon mindestens
* **jeweils 20 %** (d.h. mindestens jeweils 30) mit der Time-of-Flight- (**TOF**-), der Phasenkontrast- (**PC-**) und der kontrastmittel-verstärkten- (**CE-**) Technik erstellt worden sein müssen.
* Nachweis einer mindestens **24-monatigen ganztägigen Tätigkeit** in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung.

Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu 12-monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.1) Die Anleitung muss bei einem Arzt stattgefunden haben, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in dem Gebiet „Radiologie“ befugt ist. Ist der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllen. Entsprechende Nachweise sind beizufügen.1) Ausnahmsweise können Angiographien auch ohne Anleitung anerkannt werden, die im Rahmen einer Facharzttätigkeit im Krankenhaus oder bei bereits erteilter Genehmigung erbracht wurden.2) Anforderungen an die apparative Ausstattung* vom Hersteller unterschriebene Gewährleistungserklärung\*
* ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Zum Nachweis der Anforderungen an die **apparative Ausstattung** ist von den **Krankenhäusern** folgendes zu beachten:Der für die Qualitätssicherung verantwortliche Leiter hat dem erweiterten Landesausschuss eine Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass bei Geräten mit einem Alter von weniger als vier Jahren eine Gewährleistungserklärung des Herstellers und für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.Aus den Gewährleistungserklärungen\* des Herstellers muss ersichtlich sein, dass die Anforderungen und Voraussetzungen aus den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen erfüllt werden.**Hinweis:**Der erweiterte Landesausschuss in Bayern behält sich vor, die entsprechenden Nachweise zur Prüfung der apparativen Ausstattung stichprobenartig anzufordern.3) Organisatorische Voraussetzungen* Patient kann nach MR-Angiographie mit CE-Technik mindestens 20 Minuten nach Kontrastmittelgabe nachbeobachtet werden.
* Zur Befundung werden die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen. Die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (Maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation ist obligat. Eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen wird archiviert
 | Klammer[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

\*Formular abrufbar unter: [Bitte hier klicken!](https://www.kvb.de/praxis/qualitaet/qualitaetssicherung/)

(**Hinweis für Krankenhäuser:** Die Formulare sind nicht an die KVB zu senden!!!)

**Checkliste zur Ultraschall-Vereinbarung (USV). Ultraschalluntersuchungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt** | **Die unten stehenden fachlichen Nachweise sind für folgende Ärzte des interdisziplinären Teams beigefügt, die diese Leistungen erbringen:****Name und Facharztbezeichnung** | **Genehmigungs-bescheid/e der Kassenärztlichen Vereinigung** |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |
| [ ]  VA [ ]  MVZ [ ]  KH [ ]  angestellter Arzt bei VA[ ]  ermächtigter Arzt |            | [ ]  |

Sofern den Krankenhausärzten kein Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt, sind die Anforderungen und Voraussetzungen anhand der nachfolgenden Punkte zu belegen.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung**Alternative 1:** Erwerb der fachlichen Befähigung nach **Weiterbildungsordnung**,§ 4 USV* Facharzturkunde der Ärztekammer

**und*** Die der erworbenen Facharztbezeichnung zugrundeliegende Weiterbildungsordnung sieht den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ultraschalldiagnostik in den beantragten Anwendungsbereichen vor, vgl. § 4 USV

**und*** Weiterbildungszeugnis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 3 USV, s. Tabelle „Fallzahlen je Anwendungsbereich“)

**Alternative 2:** Erwerb der fachlichen Befähigung in einer **ständigen Tätigkeit**, § 5 USV* Facharzturkunde der Ärztekammer

**und*** Zeugnis über eine mindestens **18-monatige ganztägige Tätigkeit** in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den beantragten Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst

**und*** Zeugnis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 4 USV, s. Tabelle „Fallzahlen je Anwendungsbereich“)

**und*** erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium**

Als **Substitut** für die erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** wird durch den erweiterten Landesausschuss auch der Nachweis über eine bestehende **Weiterbildungsbefugnis** bezogen auf eine Facharztbezeichnung und/oder eine zugehörige Schwerpunktbezeichnung sowie eine Zusatzbezeichnung akzeptiert. Des Weiteren wird der Nachweis über eine Tätigkeit als **DEGUM-Ausbildungs-leiter** oder **Untersucher Stufe II und III** im beantragten Ultraschallanwendungsbereich anerkannt.**Alternative 3:** Erwerb der fachlichen Befähigung durch **Ultraschallkurse**, § 6 USV* Facharzturkunde der Ärztekammer

**und*** **Zertifikat** über die erfolgreiche Teilnahme an Ultraschallkursen nach § 6 Abs. 1 Buchst. b USV
 | Klammer[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |



|  |  |
| --- | --- |
| **und*** Zeugnis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 4 USV, s. Tabelle „Fallzahlen je Anwendungsbereich“)

**und*** erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium**

Als **Substitut** für die erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** wird durch den erweiterten Landesausschuss auch der Nachweis über eine bestehende **Weiterbildungsbefugnis** bezogen auf eine Facharztbezeichnung und/oder eine zugehörige Schwerpunktbezeichnung sowie eine Zusatzbezeichnung akzeptiert.2) Anforderungen an die apparative Ausstattung* vom Hersteller unterschriebene **Gewährleistungserklärung**\* mit Bestätigung der Anforderungen der maßgeblichen Anwendungsklassen
* ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Zum Nachweis der Anforderungen an die **apparative Ausstattung** ist von den **Krankenhäusern** folgendes zu beachten:Der für die Qualitätssicherung verantwortliche Leiter hat dem erweiterten Landesausschuss eine Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass bei Geräten mit einem Alter von weniger als vier Jahren eine Gewährleistungserklärung des Herstellers und für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.Aus den Gewährleistungserklärungen\* des Herstellers muss ersichtlich sein, dass die Anforderungen und Voraussetzungen aus den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen erfüllt werden.**Hinweis:**Der erweiterte Landesausschuss in Bayern behält sich vor, die entsprechenden Nachweise zur Prüfung der apparativen Ausstattung stichprobenartig anzufordern. | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

\*Formular abrufbar unter: [Bitte hier klicken!](https://www.kvb.de/praxis/qualitaet/qualitaetssicherung/)

(**Hinweis für Krankenhäuser:** Die Formulare sind nicht an die KVB zu senden!!!)

**Erläuterung:**

Auf Basis der im Appendix 1 genannten Leistungen für Ultraschalluntersuchungen können Rückschlüsse über die Abrechenbarkeit für die jeweiligen Facharztgruppen geschlossen werden.

Diese finden Sie im Anzeigenvordruck auf Seite 52, einschließlich des entsprechenden Anwendungsbereiches und haben gleichzeitig eine Hilfestellung zur Füllung der Tabelle 1: „Fallzahlen je Anwendungsbereich“.



Die nachfolgende Tabelle ist sowohl durch Vertragsärzte als auch durch Krankenhausärzte auszufüllen. **Sofern ein Genehmigungsbescheid der KVB vorliegt, ist lediglich die Spalte zwei** auszufüllen. **Ansonsten die Spalten zwei und fünf.**

**Durchführender Arzt** im Sinne der nachfolgenden Tabelle sind Ärzte im Kernteam, sowie hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte, bei denen eine persönliche Benennung erfolgt.

[**Verantwortlicher** **Arzt**](#vArzt) im Sinne der nachfolgenden Tabelle sind die Ärzte, welche bei einer institutionellen Benennung unter Punkt 3.1.2 (Seite 4) benannt wurden. (Dies ist ein Arzt, welcher gegenüber dem erweiterten Landesausschuss die Erfüllung der persönlichen Anforderungen und Voraussetzungen nachweist.)

Tabelle 1: „Fallzahlen je Anwendungsbereich“

| **Anwendungs-bereich (AB)** | **Durchführender oder****verantwortlicher Arzt bei institutioneller****Benennung im****interdisziplinären Team (Vor-/Nachname)** | **Mindestanzahl,****§ 4****Weiter-bildungs-ordnung** | **Mindestanzahl****§§ 5 u. 6****ständige****Tätigkeit;****Ultraschall-kurse** | **Zeugnis****aus dem die Erfüllung der Mindestzahlen ersichtlich wird.** **(Weiterbildungszeugnis oder Zeugnis des** **Arbeitgebers)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AB 2.1** Gesamte Diagnostik des Auges |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **200,** davon **100** zur Gewebedarstellung, **50** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen | **250,** davon **150** zur Gewebedarstellung, **75** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen |                 |
| **AB 2.2** Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **50** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen | **75** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen |                 |
| **AB 3.11)**Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** (A-und/oder B-Modus)bzw. **50** (A-und/oder B-Modus)bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **100** im A-Modusoder**150** bzw. 10**0** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 3.21)**Gesichts- und Halsweichteile (einschl. Speicheldrüsen), B-Modus |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50**bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **200** bzw. **50** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 3.31)**Schilddrüse,B-Modus |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **150** bzw. **100** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **200** bzw. **100 -**bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB. 4.1** Echokardiographie, Jugendliche / Erwachsene, **transthorakal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **400** B-/M-Modus-Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien | **400** B-/M-Modus-Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien |                 |
| **AB 4.2** Echokardiographie, Jugendliche / Erwachsene, **transoesophageal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.1** und **50**  | Anforderungen nach **AB 4.1** und **50**  |                 |
| **AB 4.3** Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, **transthorakal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **500** B-/M-Modus-Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien | **500** B-/M-Modus-Echokardiographien oder Belastungsechokardiographien |                 |
| **AB 4.4** Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, **transoesophageal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.3** und **25** | Anforderungen nach **AB 4.3** und **25** |                 |
| **AB 4.5**Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.1** und **100**  | Anforderungen nach **AB 4.1** und **100** |                 |
| **AB 4.6** Belastungsecho-kardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Klein-kinder, Kinder, Jugendliche |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.3** und **50** | Anforderungen nach **AB 4.3** und **50** |                 |
| **AB 5.1** **1)**Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, **transkutan** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50**bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **200** bzw. **50** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 5.2** **1)**Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, **transkavitär** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 5.1** und **25** | Anforderungen nach **AB 5.1** und **25** |                 |
| **AB 7.1** **2)**Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche / Erwachsene, B-Modus, **transkutan** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **400** | **400** bzw. **300** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen **AB** |                 |
| **AB 7.2** **2)**Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, **transkavitär** (Rektum) |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 7.1** und**25** B-Modus-Endosonographien (Rektum) | Anforderungen nach **AB 7.1** und**25** B-Modus-Endosonographien (Rektum) |                 |
| **AB 7.3** **2)**Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, **transkavitär** (Magen-Darm) |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 7.1** und **25** B-Modus-Endosonographien (Magen-Darm) | Anforderungen nach **AB 7.1** und**25** B-Modus-Endosonographien (Magen-Darm) |                 |
| **AB 7.4 2)**Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche,B-Modus,**transkutan** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **300** | **400** bzw. **200** bei Erfüllung AB 7.1 bzw. Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 8.12)**Urogenitalorgane, B-Modus, **transkutan** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** bzw. **100** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **400** bzw. **200** bei Erfüllung AB 7.1 bzw. **300** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 8.2** **2)**Urogenitalorgane, B-Modus, **transkavitär** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 8.1** und **75** | Anforderungen nach **AB 8.1** und **150** |                 |
| **AB 10.1** **2)**Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** | **400** bzw. **200** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 11.1** **2)**Venen der Extremitäten,B-Modus |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** bzw. **100** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **200** bzw. **100** bei Nachweis im B-Modus-Verfahren eines anderen AB |                 |
| Hinweis zum AB 11.1Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.8 bzw. AB 20.9 gilt die fachliche Befähigung für die Venen der Extremitäten mit dem B-Modus Verfahren als nachgewiesen. |
| **AB 12.1** Haut, B-Modus |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** B-Modus-Sonographien der Haut | **200** B-Modus-Sonographien der Haut |                 |
| **AB 12.2** Subcutis und sub-kutane Lymphknoten, B-Modus |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **150** B-Modus-Sonographien der Haut und/oder Subcutis | **150** B-Modus-Sonographien der Haut und/oder Subcutis |                 |
| **AB 20.11)** CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50** bei Nachweis im CW-Dopplerverfahren eines anderen AB | **200** bzw. **50** bei Nachweis im CW-Doppler-verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.21)** CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** davon 100 Arterien und 100 Venen bzw. **100** bei Nachweis im CW-Dopplerverfahren eines anderen AB | **200** davon 100 Arterien und 100 Venen bzw. **100** bei Nachweis im CW-Dopplerverfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.31)** CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50** bei Nachweis im CW-Dopplerverfahren eines anderen AB | **100** bzw. **50** bei Nachweis im CW-Doppler-verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.5** PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße  |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50** bei Nachweis im PW-Dopplerverfahren eines anderen AB | **200** bzw. **100** bei Nachweis im PW-Doppler-verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.61)** Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße  |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB | **200** bzw. **50** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.7** Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße  |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB | Anforderungen nach **AB 20.5** und**100** bzw. **50** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.8** Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße  |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** extremitätenversorgende und **100** extremitätenentsorgende Gefäßebzw. **50** extremitätenversorgende und **50** extremitätenentsorgende Gefäßebei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB | **200** und **200** bzw. **50** und **50** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.9** Duplex-Verfahren – extremitäten- entsorgende Gefäße  |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB | **100** bzw. **50** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines anderen AB |                 |
| **AB 20.10** Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** | Anforderungen nach **AB 7.1** oder **AB 7.4**sowie**200** |                 |
| **AB 21.1** Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche /Erwachsene, **transthorakal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.1** und **100** | Anforderungen nach **AB 4.1** und**200** |                 |
| **AB 21.2** Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche /Erwachsene,**transoesophageal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.2** und **50** | Anforderungen nach **AB 4.2** und **50** |                 |
| **AB 21.3** Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche**transthorakal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.3** Und **500** | Anforderungen nach **AB 4.3** und **500** |                 |
| **AB 21.4** Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche**transoesophageal** |      Vor-/Nachname 1. Arzt     Vor-/Nachname 2. Arzt     Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.4** und **25** | Anforderungen nach **AB 4.4** und **25** |                 |
| **Hinweise:**Sofern in Spalte 4 bei Nachweis einer Qualifikation in einem anderen Anwendungsbereich reduzierte Zahlen vorgesehen sind, gelten diese unter der Bedingung, dass sie während einer ständigen oder begleitenden Tätigkeit erbracht werden. Die Tätigkeit muss sich mindestens über den jeweils angegebenen Zeitraum erstrecken und in einem Fachgebiet erfolgen, dessen Kerngebiet den jeweiligen Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ / die jeweilige Körperregion umfasst. Wird die Qualifikation über Ultraschall-Kurse nach § 6 erworben, ist der alleinige Nachweis der Fallzahlen ausreichend.**1)** Die Untersuchungen sind während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit zu erbringen.**2)** Die Untersuchungen sind während einer 3-monatigen ständigen oder 18-monatigen begleitenden Tätigkeit zu erbringen. |

**Im Folgenden die Checklisten für die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen**

**nach § 4a ASV-RL:**

1. Langzeit-EKG
2. Strahlendiagnostik und -therapie:
	1. Allgemeine Röntgendiagnostik
	2. Computertomographie
3. Nuklearmedizin
4. Koloskopie

Die im Rahmen der **ASV** erbringbaren Leistungen werden im **Appendix** der jeweiligen Konkretisierung der **ASV**-Richtlinie abschließend definiert. Bitte beachten Sie, der Appendix enthält sämtliche Leistungen, die ASV-Berechtigte bei einer ASV-Erkrankung abrechnen können. Im ersten Abschnitt sind die Gebührenordnungspositionen des EBM aufgeführt. Im zweiten Abschnitt finden sich die Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind. Der Appendix ist Teil der Anlagen zur ASV-Richtlinie, in denen jeweils die einzelnen ASV-Indikationen konkretisiert werden. Es ist immer die maßgebliche gültige Fassung zu berücksichtigen.

**Checkliste zur Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen
(§ 4a Abs. 3 und 4 i.V. mit Anhang zu § 4a ASV-RL) – gültig ab 01.03.2024**

**Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs am Patienten und computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKGs**

|  |  |
| --- | --- |
| **1) Namentliche Benennung****Name des Arztes und****Facharztbezeichnung****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Fachärzte , die diese Leistung erbringen, beigefügt** | **2) Institutionelle Benennung****Name der Einrichtung und****Fachgebiet****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Institutionen , die diese Leistung erbringen, beigefügt** |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL** **Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs am Patienten und computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKGs**(gemäß GOP 04322, 04324, 13252, 13253)**1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:*** Facharzturkunde der Ärztekammer für das Gebiet der Inneren Medizin

**oder*** Facharzturkunde der Ärztekammer für das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkturkunde Kinder-und Jugend-Pneumologie oder Kkinder- und Jugend- Rheumatologie

**oder*** sonstige Facharzturkunde der Ärztekammer

**und*** Zeugnis über die selbstständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen und Erbringung des Langzeit-EKG in einer Organisationseinheit für Innere Medizin, für Kardiologie, für Kinder- und Jugendmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

**oder*** Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung nach

§ 135 Absatz 2 SGB V für die Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen **oder*** Nachweis über eine Weiterbildungsbefugnis für eine der vorgenannten Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatz-Weiterbildungen und Erbringung von Langzeit-EKG-Untersuchungen

**oder** * Nachweis über die Erbringung der Langzeit-EKG-Untersuchungen in einem Zentrum oder einem Schwerpunkt gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde)

**2) Anforderungen bei institutioneller Benennung: \**** Nachweis der Zulassung als Weiterbildungsstätte für eines der vorgenannten Fachgebiete, einer Zusatz-Weiterbildung oder eines Schwerpunktes (Vorlage der Weiterbildungsbefugnis), die

Langzeit-EKG-Untersuchungen umfassen.**oder** * Es wird bestätigt, dass die Langzeit-EKG-Untersuchungen in der nachstehend genannten fachärztlich geleiteten fachspezifischen Organisationseinheit erbracht werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Organisationseinheit |       |
| Anschrift |       |

**oder** * Nachweis über die Zulassung als Zentrum oder Schwerpunkt gemäß

§ 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde), in dem Langzeit-EKG-Untersuchungen erbracht werden  | **Klammer**[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**\* gilt nach BSG-Urteil nicht für Berufsausübungsgemeinschaften**

**Checkliste zur Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen
(§ 4a Abs. 3 und 4 i.V. mit Anhang zu § 4a ASV-RL) – gültig ab 01.03.2024**

**Diagnostische Radiologie - Allgemeine Röntgendiagnostik (ohne Mammographie, interventionelle Radiologie, Vakuumbiopsie) gemäß Abschnitt 34.2 EBM**

**Bei Abrechnung der GOP 04521, 13430, 13431 ebenfalls auszufüllen**

|  |  |
| --- | --- |
| **1) Namentliche Benennung****Name des Arztes und****Facharztbezeichnung****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Fachärzte , die diese Leistung erbringen, beigefügt** | **2) Institutionelle Benennung****Name der Einrichtung und****Fachgebiet****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Institutionen , die diese Leistung erbringen, beigefügt** |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus[ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL****Diagnostische Radiologie: Allgemeine Röntgendiagnostik**(ohne Mammograhie, interventionelle Radiologie, Vakuumbiopsie)gemäß Abschnitt 34.2 EBMBei Abrechnung der GOP 04521,13430, 13431 ebenfalls auszufüllen**1) Anforderungen bei namentlicher Benennung*** Facharzturkunde Radiologie der Ärztekammer

**oder*** Facharzturkunde der Ärztekammer mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst

**und** * Nachweis der Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Organisationseinheit: |       |
| Anschrift: |       |

 **oder** * Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nr. 4 Strahlenschutzgesetz

**oder*** Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 Strahlenschutzgesetz.

**oder*** Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2 SGB V für die Durchführung von Leistungen der allgemeinen Röntgendiagnostik

**oder*** Nachweis über eine Weiterbildungsbefugnis für eine der vorgenannten Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatz-Weiterbildungen und Erbringung von Leistungen der allgemeinen Röntgendiagnostik

**oder** * Nachweis über die Erbringung von Leistungen der allgemeinen Röntgendiagnostik in einem Zentrum oder einem Schwerpunkt gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde)

**2) Anforderungen bei institutioneller Benennung \*:*** Nachweis der Zulassung als Weiterbildungsstätte für eines der vorgenannten Fachgebiete bzw. Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildung (Vorlage Weiterbildungsbefugnis), die Leistungen der allgemeinen Röntgendiagnostik umfassen

**oder** * Es wird bestätigt, dass die Leistungen der allgemeine Röntgendiagnostik in der nachstehend genannten fachärztlich geleiteten fachspezifischen Organisations-einheit erbracht werden:

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Organisationseinheit: |       |
| Anschrift: |       |

**oder** * Nachweis über die Zulassung als Zentrum oder Schwerpunkt gemäß

§ 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde) in dem Leistungen der allgemeinen Röntgendiagnostik erbracht werden. | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

\* gilt nach BSG-Urteil nicht für Berufsausübungsgemeinschaften

**Checkliste zur Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen
(§ 4a Abs. 3 und 4 i.V. mit Anhang zu § 4a ASV-RL) – gültig ab 01.03.2024**

**Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1) Namentliche Benennung****Name des Arztes und****Facharztbezeichnung****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Fachärzte , die diese Leistung erbringen, beigefügt** | **2) Institutionelle Benennung****Name der Einrichtung und****Fachgebiet****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Institutionen , die diese Leistung erbringen, beigefügt** |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL****Computertomographie** (ohne CT-Bestrahlungsplanung) gemäß GOP 34310-34351 **1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:*** Facharzturkunde Radiologie der Ärztekammer

oder* Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2

SGB V für die Durchführung von Leistungen der Computertomographie**oder*** Nachweis über eine Weiterbildungsbefugnis für eine der vorgenannten Facharzt-

bzw. Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatz-Weiterbildungen und Erbringung von Leistungen der Computertomographie**oder** Nachweis über die Erbringung von Leistungen der Computertomographie in einem Zentrum oder einem Schwerpunkt gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde)**2) Anforderungen bei institutioneller Benennung: \**** Nachweis der Zulassung als Weiterbildungsstätte für das vorgenannte Fachgebiet bzw. Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildung (Vorlage Weiterbildungsbefugnis), die Leistungen der Computertomographie umfassen.

**oder** * Es wird bestätigt, dass die Leistungen der Computertomographie in der nachstehend genannten fachärztlich geleiteten fachspezifischen Organisationseinheit erbracht werden:

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Organisationseinheit |       |
| Anschrift |       |

**oder** * Nachweis über die Zulassung als Zentrum oder Schwerpunkt gemäß

§ 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde), in dem Leistungen der Computertomographie erbracht werden  | **Klammer**[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**\* gilt nach BSG-Urteil nicht für Berufsausübungsgemeinschaften**

**Checkliste zur Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen
(§ 4a Abs. 3 und 4 i.V. mit Anhang zu § 4a ASV-RL) – gültig ab 01.03.2024**

**Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklearmedizin**

|  |  |
| --- | --- |
| **1) Namentliche Benennung****Name des Arztes und****Facharztbezeichnung****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Fachärzte , die diese Leistung erbringen, beigefügt** | **2) Institutionelle Benennung****Name der Einrichtung und****Fachgebiet****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Institutionen , die diese Leistung erbringen, beigefügt** |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus[ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL** **Nuklearmedizin** gemäß Abschnitt 17.3 EBM* Nuklearmedizinische Diagnostik
* Nuklearmedizinische Therapie

**1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:*** Facharzturkunde Nuklearmedizin der Ärztekammer

**oder*** Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2 SGB V für die Durchführung von Leistungen der Nuklearmedizin

**oder*** Nachweis über eine Weiterbildungsbefugnis für eine der vorgenannten Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatz-Weiterbildungen und Erbringung von Leistungen der Nuklearmedizin

**oder** * Nachweis über die Erbringung der Leistungen der Nuklearmedizin in einem Zentrum oder einem Schwerpunkt gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde)

**2) Anforderungen bei institutioneller Benennung: \**** Nachweis der Zulassung als Weiterbildungsstätte für das vorgenannte Fachgebiet bzw. Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildung (Vorlage Weiterbildungsbefugnis), die Leistungen der Nuklearmedizin umfassen

**oder** * Es wird bestätigt, dass die Leistungen der Nuklearmedizin in der nachstehend genannten fachärztlich geleiteten fachspezifischen Organisationseinheit erbracht werden:

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Organisationseinheit |       |
| Anschrift |       |

**oder*** Nachweis über die Zulassung als Zentrum oder Schwerpunkt gemäß

§ 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde), in dem Leistungen der Nuklearmedizin erbracht werden | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**\* gilt nach BSG-Urteil nicht für Berufsausübungsgemeinschaften**

**Checkliste zur Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen
(§ 4a Abs. 3 und 4 i.V. mit Anhang zu § 4a ASV-RL) – gültig ab 01.03.2024**

**Koloskopische Leistungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **1) Namentliche Benennung****Name des Arztes und****Facharztbezeichnung****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Fachärzte , die diese Leistung erbringen, beigefügt** | **2) Institutionelle Benennung****Name der Einrichtung und****Fachgebiet****Die auf der folgenden Seite****genannten fachlichen Nachweise sind für die nachstehend benannten Institutionen , die diese Leistung erbringen, beigefügt** |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus[ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |
| [ ]  Vertragsarzt [ ]  angestellter Arzt bei Vertragsarzt[ ]  Krankenhausarzt [ ]  ermächtigter Arzt im Krankenhaus           | [ ]  Krankenhaus [ ]  MVZ[ ]  ermächtigte Einrichtung           |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL** **Koloskopische Leistungen** gemäß GOP 13421-13424, 04514 - 04520**1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:*** Facharzturkunde Innere Medizin und Gastroenterologie der Ärztekammer

 **oder** * Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie der Ärztekammer oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

**und** * jeweils selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 100 Koloskopien innerhalb von zwei Jahren vor Eingang der Anzeige

**oder*** Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2

SGB V für die Durchführung von Leistungen der Koloskopie**oder*** Nachweis über eine Weiterbildungsbefugnis für eine der vorgenannten Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatz-Weiterbildungen und Erbringung von Leistungen der Koloskopie

**oder** * Nachweis über die Erbringung von Leistungen der Koloskopie in einem Zentrum oder einem Schwerpunkt gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde)

**2) Anforderungen bei institutioneller Benennung: \**** Nachweis der Zulassung als Weiterbildungsstätte für das vorgenannte Fachgebiet bzw. Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildung (Vorlage Weiterbildungsbefugnis), die Leistungen der Koloskopie umfassen

**oder** * Es wird bestätigt, dass die Leistungen der Koloskopie in der nachstehend genannten fachärztlich geleiteten fachspezifischen Organisationseinheit erbracht werden:

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Organisationseinheit |       |
| Anschrift |       |

**oder** * Nachweis über die Zulassung als Zentrum oder Schwerpunkt gemäß

§ 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsbescheid der zuständigen Behörde), in dem Leistungen der Koloskopie erbracht werden **3) Anforderungen an die Hygienequalität** Es wird bestätigt, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig, geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Hygiene- und Umweltmedizin oder einen Facharzt bzw. eine Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene durchgeführt werden. | **Klammer**[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**\* gilt nach BSG-Urteil nicht für Berufsausübungsgemeinschaften**

Die Richtigkeit und Plausibilität der gemachten Angaben sind vom verantwortlichen Leiter der Einrichtung in der nachfolgenden Tabelle zu bestätigen.

| **Ort, Datum** | **Funktion,Name der Institution** | **Name, Vorname** | **Unterschrift** |
| --- | --- | --- | --- |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |
|            |            |            |  |