**Anzeigenvordruck**

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

**Onkologische Erkrankungen  
Tumorgruppe 2: Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren**

*(§ 116b SGB V i.V.m. Anlage 1.1 a) 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.

**Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen des Anzeigenvordruckes die Ausführungen zu** [**Ziffer 5, 5.1 und 5.2.**](#_Sonderregelung_für_Subspezialisieru)

In der nachfolgenden Tabelle, geben Sie bitte an, für welchen Erkrankungsbereich Sie im Bereich der Gynäkologischen Tumoren tätigen werden wollen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mammakarzinom und Sonstige gynäkologische Tumoren | nur Mammakarzinom1) | nur Sonstige gynäkologische Tumoren |
|  |  |  |

**1)Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom gehören bestimmte Fachrichtungen nicht zum Behandlungsteam. Nähere Informationen sind dem Punkt 3.1.2 zu entnehmen.**

# 1. Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gynäkologischen Tumoren, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, einschließlich endokriner Therapien im metastasierten Stadium (M1) die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

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

## Mammakarzinom

onkologische Erkrankungen

Die ICD-Liste ist unter Nr. 1.1 in der Anlage 1.1 a) (onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) der ASV-RL zu finden.

## Sonstige gynäkologische Tumore

Die ICD-Liste ist unter Nr. 1.2 in der Anlage 1.1 a) (onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) der ASV-RL zu finden.

# Behandlungsumfang

Eine Beschreibung des Behandlungsumfangs ist unter Nr. 2 in der Anlage 1.1 a) (onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) der ASV-RL zu finden. Die Konkretisierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM ist unter der Nr. 6 in der Anlage 1.1 a) der ASV-RL aufgeführt.

# Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung 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)*

Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit dem jeweils anderen Versorgungssektor eine zwingende Voraussetzung für die Teilnahme. (sogenannte ASV-Kooperation) Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist die Förderung der intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich. (§ 116b Abs. 4 S. 10 SGB V; § 10 ASV-RL)

Die ASV-Kooperationsvereinbarung ist dem erweiterten Landesauschuss vorzulegen.

(§ 2 Abs. 2 S. 2, § 10 Abs. 2 ASV-RL)

Vertragsbestandteile einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

* die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
* die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
* die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten. *(§ 10 Abs. 3 ASV-RL)*



|  |  |
| --- | --- |
|  | Die vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation liegt der Anzeige bei. |



**oder**

|  |  |
| --- | --- |
| KlammerDie vertragliche Vereinbarung über die ASV-Kooperation konnte nicht abgeschlossen werden, da im relevanten Einzugsbereich | |
|  | kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist **oder** |
|  | dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten kein zur Kooperation geeigneter Leistungserbringer gefunden werden konnte.  *(Das ernsthafte Bemühen muss vom Anzeigenden glaubhaft gemacht werden (vgl. § 23 Abs. 1 S. 2 SGB X)* |

*(§ 116b Abs. 4 S. 11 SGB V)*

## Personelle Anforderungen

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

### 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 dieser Regelung 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. *(§ 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 1.1 a) Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2 ASV-RL)*

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit gynäkologischen Tumoren 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**

* Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie\* **oder**
* Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie\* **oder**
* Strahlentherapie

1. **Kernteam**

* Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie\*
* Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie\*
* Strahlentherapie

\*Berechtigt zur Teilnahme sind auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin bzw. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31.Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

Berechtigt zur Teilnahme sind (weiter) neben den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, die folgende operative Eingriffe nachweisen:

1. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, z.B. Debulking-OP, Wertheim-OP, Vulvektomie, Lymphadenektomie inguinal, pelvin, paraaortal, Exenteration*1)*
2. 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen an der Mamma,*2)*
3. 50 rekonstruktive Eingriffe am Genitale, den Bauchdecken und/oder der Brust im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen.
4. *Für Teams die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom behandeln, ist der Nachweis nicht erforderlich.*
5. *Für Teams die ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Sonstigen Gynäkologischen Tumoren behandeln, ist der Nachweis nicht erforderlich*
6. **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

* Anästhesiologie
* Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie
* Humangenetik
* Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie 1)
* Innere Medizin und Gastroenterologie 1)
* Innere Medizin und Kardiologie
* Innere Medizin und Nephrologie 1)
* Laboratoriumsmedizin
* Neurologie
* Nuklearmedizin
* Pathologie
* Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche Psychotherapeutin/Ärztlicher Psychotherapeut
* Radiologie
* Urologie 1)
* Viszeralchirurgie 1)

Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin verfügen.

**1) Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom gehören diese Fachrichtungen nicht zum Behandlungsteam.**

|  |
| --- |
| 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).

Sicherstellungsassistentinnen und Sicherstellungsassistenten sind von der Teilnahme an der ASV ausgeschlossen.

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

Assistentinnen und Assistenten (Weiterbildungsassistenten und Sicherstellungsassistenten) gemäß

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

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

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

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

**zu a) Teamleitung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt,**  **angestellter Arzt bei Vertragsarzt od. ermächtigter Arzt**  **Angaben zur Teamleitung** | |
| **Name, Vorname** | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Anschrift** |  |
| **BSNR oder 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** | |
|  | Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie |
|  | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie **oder** |
|  | Strahlentherapie **oder** |
|  | Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung **oder** |
|  | Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung |

**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)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Frauenheilkunde  und Geburtshilfe mit Schwerpunkt  Gynäkologische Onkologie | 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 Hämatologie und Onkologie | 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 |  |  |
| Strahlentherapie | 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 mit der Zusatz-Weiterbildung  Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung | 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 |  |  |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der  Zusatz-Weiterbildung  Medikamentöse  Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung | 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 |  |  |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der  Zusatz-Weiterbildung  Medikamentöse  Tumortherapie, wenn die auf Seite 5 dieses Anzeigenvordruckes aufgeführten operativen Eingriffe nachgewiesen werden. | 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)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Anästhesiologie | 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       ,       , |  |  |
| Gefäßchirurgie oder Innere Medizin und Angiologie | 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       ,       , |  |  |
| Humangenetik | 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       ,       , |  |  |

| **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)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Innere Medizin und  Endokrinologie und  Diabetologie  (Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom gehört diese Fachrichtung nicht zum Behandlungsteam). | 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  (Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom gehört diese Fachrichtung nicht zum Behandlungsteam). | 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       ,       , |  |  |
| Innere Medizin und  Nephrologie  (Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom gehört diese Fachrichtung nicht zum Behandlungsteam). | 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       ,       , |  |  |
| Neurolog*i*e | 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 **oder**  Psychosomatische Medizin und 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       ,       , |  |  |
| Urologie  (Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom gehört diese Fachrichtung nicht zum Behandlungsteam). | 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       ,       , |  |  |
| Viszeralchirurgie  (Für eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom gehört diese Fachrichtung nicht zum Behandlungsteam). | 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 eilnehmen obligat. Bei den Krankenhausärzten ist diese anzugeben, wenn vorliegend.*

**Zusätzliche personelle Anforderungen**

| **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)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Eine Fachärztin oder ein Facharzt des interdisziplinären Teams muss über die **Zusatz-Weiterbildung**  **Palliativmedizin** verfügen. | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Ermächtigte Einrichtung       ,       , |  |  |

**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 48). Sollen leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nachgewiesen werden, sind die Fachärztinnen und Fachärzte bzw. die entsprechenden Einrichtungen in den Checklisten ab Seite 88 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** | **Mammakarzinom** | **Sonstige**  **gynäkologische**  **Tumoren** | **GONRn** | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und**  **Onkologie** | **Strahlentherapie** | **Anästhesiologie** | **Gefäßchirurgie** | **Humangenetik** | **Innere Medizin**  **und Angiologie** | **Innere Medizin und**  **Endokrinologie und**  **Diabetologie** |
| QSV zur Molekulargenetik | x | x | 11431 - 11440 |  |  |  |  |  | **X** |  |  |
| QSV zur Zervix-Zytologie | x | x | 19318 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV zur interventionellen Radiologie | x | x | 01530, 01531  34283 - 34287 |  |  |  |  | **X** |  | **X** |  |
| CT-gestützte Bestrahlungsplanung | x | x | 34360 |  |  | **X** |  |  |  |  |  |
| Kernspintomographie-Vereinbarung  Bestrahlungsplanung MRT | x | x | 34410 – 34452  34460 |  |  | **X** |  |  |  |  |  |
| Kernspintomographie-Vereinbarung der Mamma | x | x | 34431 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV zur kurativen Mammographie | x |  | 34270-34273 | **X** |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV zur Vakuumbiopsie der Brust | x |  | 34274, 34275 | **X** |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV MR Angiographie | x | x | 34470 - 34492 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten 1) | x | x | 30700 - 30702  30706 - 30708 | **X** | **X** |  | **X** |  |  |  |  |
| Schmerztherapeutische Einrichtung  zur QSV Schmerztherapie 2) | x | x | 30704 | **X** | **X** |  | **X** |  |  |  |  |
| QSV Spezial-Labor | x | x | 32155 – 32859 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ultraschallvereinbarung | x | x | 08320, 08341  13300,  13545,  33011 - 33092 | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  | **X** | **X** |
| **Auszug aus dem Appendix:**  **Qualitätssicherungs-**  **vereinbarungen nach**  **§ 135 Abs. 2 SGB V** | **Mammakarzinom** | **Sonstige**  **gynäkologische**  **Tumoren** | **GONRn** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Radiologie** |
| QSV zur Molekulargenetik | x | x | 11431 - 11440 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV zur Zervix-Zytologie | x | x | 19318 |  |  |  |  |  |  | **X** |  |
| QSV zur interventionellen Radiologie | x | x | 01530, 01531  34283 - 34287 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| CT-gestützte Bestrahlungsplanung | x | x | 34360 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| Kernspintomographie-Vereinbarung  Bestrahlungsplanung MRT | x | x | 34410 – 34452  34460 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| Kernspintomographie-Vereinbarung der Mamma | x | x | 34431 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| QSV zur kurativen Mammographie | x |  | 34270-34273 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| QSV zur Vakuumbiopsie der Brust | x |  | 34274, 34275 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| QSV MR Angiographie | x | x | 34470 - 34492 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| QSV zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten 1) | x | x | 30700 - 30702  30706 - 30708 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Schmerztherapeutische Einrichtung  zur QSV Schmerztherapie 2) | x | x | 30704 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV Spezial-Labor | x | x | 32155 – 32859 |  |  |  | **X** |  |  |  |  |
| Ultraschallvereinbarung | x | x | 08320, 08341  13300,  13545,  33011 - 33092 | **X** | **X** | **X** |  | **X** | **X** |  | **X** |
| **Auszug aus dem Appendix:**  **Qualitätssicherungs-**  **vereinbarungen nach**  **§ 135 Abs. 2 SGB V** | **Mammakarzinom** | **Sonstige**  **gynäkologische**  **Tumoren** | **GONRn** | **Urologie** | **Viszeralchirurgie** | **Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung** | | | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung** | | |
| QSV zur Molekulargenetik | x | x | 11431 - 11440 |  |  |  | | |  | | |
| QSV zur Zervix-Zytologie | x | x | 19318 |  |  |  | | |  | | |
| QSV zur interventionellen Radiologie | x | x | 01530, 01531  34283 - 34287 |  |  |  | | |  | | |
| CT-gestützte Bestrahlungsplanung | x | x | 34360 |  |  |  | | |  | | |
| Kernspintomographie-Vereinbarung  Bestrahlungsplanung MRT | x | x | 34410 – 34452  34460 |  |  |  | | |  | | |
| Kernspintomographie-Vereinbarung der Mamma | x | x | 34431 |  |  |  | | |  | | |
| QSV zur kurativen Mammographie | x |  | 34270-34273 |  |  |  | | | **X** | | |
| QSV zur Vakuumbiopsie der Brust | x |  | 34274, 34275 |  |  |  | | | **X** | | |
| QSV MR Angiographie | x | x | 34470 – 34492 |  |  |  | | |  | | |
| QSV zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten 1) | x | x | 30700 – 30702 |  |  | **X** | | | **X** | | |
| Schmerztherapeutische Einrichtung  zur QSV Schmerztherapie 2) | x | x | 30704 |  |  | **X** | | | **X** | | |
| QSV Spezial-Labor | x | x | 32155 – 32859 |  |  |  | | |  | | |
| Ultraschallvereinbarung | x | x | 08320, 08341,  13300,  13545,  33011 - 33092 | **X** | **X** | **X** | | | **X** | | |

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

1) Leistungen für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patientinnen bzw. Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Absatz 2 SGB V wurden zur Behandlung von Tumorschmerzen für die Mitglieder des Kernteams und Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Anästhesie, die über eine entsprechende Qualifikation (Zusatz-Weiterbildung spezielle Schmerztherapie) und – sofern es sich um Vertragsärztinnen und Vertragsärzte handelt -über eine Zulassung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung verfügen, aufgenommen.

2) Die GONR 30704 darf nur abgerechnet werden, sofern gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nachgewiesen wird, dass es sich um eine schmerztherapeutische Einrichtung gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie handelt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem Appendix**  **Leistungsspezifische**  **Qualitätsanforderungen**  **nach § 4a ASV-RL** | **Mammakarzinom** | **Sonstige**  **gynäkologische**  **Tumoren** | **GONRn** | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie** | **Strahlentherapie** | **Anästhesiologie** | **Gefäßchirurgie** | **Humangenetik** | **Innere Medizin und**  **Angiologie** | **Innere Medizin und**  **Endokrinologie und Diabetologie** |
| Langzeit-EKG | x | x | 13252, 13253 |  |  |  |  |  |  | **X** |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Diagnostische Radiologie  🡺 **Allgemeine Röntgendiagnostik** | x | x | 34220 – 34282,  34293 - 34296,  34503 | **X** |  |  |  | **X** |  | **X** |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Diagnostische Radiologie  🡺 **Bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie** | x | x | 13430, 13431 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Computertomographie | x | x | 34310-34351  34504, 34505 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Knochendichtemessung DXA | x | x | 34600, 34601 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Strahlentherapie | x | x | 25316 – 25343 |  |  | **X** |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Nuklearmedizin | x | x | 17310 – 17372 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koloskopie |  | x | 13421 - 13424 |  | **X** |  |  |  |  |  |  |
| **Auszug aus dem Appendix**  **Leistungsspezifische**  **Qualitätsanforderungen**  **nach § 4a ASV-RL** | **Mammakarzinom** | **Sonstige**  **gynäkologische**  **Tumoren** | **GONRn** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Radiologie** |
| Langzeit-EKG | x | x | 13252, 13253 |  | **X** |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Diagnostische Radiologie  🡺 **Allgemeine Röntgendiagnostik** | x | x | 34220 – 34282,  34293 - 34296,  34503 |  |  |  |  | **X** |  |  | **X** |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Diagnostische Radiologie  🡺 **Bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie** | x | x | 13430, 13431 | **X** |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Computertomographie | x | x | 34310-34351  34504, 34505 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Knochendichtemessung DXA | x | x | 34600, 34601 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Strahlentherapie | x | x | 25316 - 25343 |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Nuklearmedizin | x | x | 17310 – 17372 |  |  |  |  |  | **X** |  |  |
| Koloskopie |  | x | 13421 - 13424 | **X** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Auszug aus dem Appendix**  **Leistungsspezifische**  **Qualitätsanforderungen**  **nach § 4a ASV-RL** | **Mammakarzinom** | **Sonstige**  **gynäkologische**  **Tumoren** | **GONRn** | **Urologie** | **Viszeralchirurgie** | **Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung** | | | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung** | | |
| Langzeit-EKG | x | x | 13252, 13253 |  |  |  | | |  | | |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Diagnostische Radiologie  🡺 **Allgemeine Röntgendiagnostik** | x | x | 34220 – 34282,  34293 - 34296,  34503 | **X** |  |  | | | **X** | | |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Diagnostische Radiologie  🡺**Bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie** | x | x | 13430, 13431 |  |  |  | | |  | | |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Computertomographie | x | x | 34310-34351  34504, 34505 |  |  |  | | |  | | |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Knochendichtemessung DXA | x | x | 34600, 34601 |  |  |  | | |  | | |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Strahlentherapie | x | x | 25316 - 25343 |  |  |  | | |  | | |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Nuklearmedizin | x | x | 17310 – 17372 |  |  |  | | |  | | |
| Koloskopie |  | x | 13421 - 13423 |  |  | **X** | | |  | | |

## Sächliche und organisatorische Anforderungen

### Allgemeine sächliche und organisatorische Anforderungen

*(§ 4 ASV-RL)*

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

### Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen

*(Nr. 3.2 Anlage 1.1 a) (Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) ASV-RL)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Klammer**Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen:  ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit  besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und  Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)  Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung  Physiotherapie  soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen  mit sozialen Beratungsangeboten  Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit  diesbezüglicher Erfahrung  Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.  **Nachweise:**  Für die oben aufgeführten sächlichen und organisatorischen Anforderungen sind eine Beschreibung der organisatorischen Maßnahmen und der Infrastruktur beizufügen. |
|  | **Klammer**Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer der folgenden Ärztinnen bzw. einem der Ärzte:   * Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie * Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie   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). |
|  | **Klammer**Mit der Betreuung beauftragte Pflegefachkräfte sollen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege besitzen. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist die entsprechende Erfahrung vorzuweisen.  **Nachweise:**  Beifügung entsprechender Qualifikationsnachweise oder Nachweise über die entsprechende Erfahrung. |
|  | Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.  Die Intensivstation ist in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar. (§ 4 S. 3 ASV-RL)   |  |  | | --- | --- | | **Name des KH:** |  | | **Anschrift:** |  | | **Entfernung:** |  | |
|  | Stationäre Notfalloperationen sind möglich.   |  |  | | --- | --- | | **Name des KH:** |  | | **Anschrift:** |  | |

**Durch Ankreuzen der nachfolgenden Punkte erklären die Anzeigenden, dass die beschriebenen Anforderungen und Voraussetzungen durch das ASV-Team erfüllt bzw. sichergestellt werden:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) wird zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festzulegen. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert. |
|  | Der Patientin und dem Patienten wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt. |
|  | Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgt zeitnah. |
|  | Eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für die medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlung ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen steht zur Verfügung. |
|  | Für immundefiziente Patientinnen und Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung. |
|  | Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe. |
|  | Eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten wird vorgehalten. |
|  | Eine Mikrobiologie, ein hämatologisches Labor mit der Möglichkeit zu zytologischen Blut- und Knochenmarkuntersuchungen mit zytochemischen Spezialfärbungen steht zur Verfügung. |
|  | 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. |
|  | Den Patientinnen und Patienten wird industrieunabhängiges, kostenlos erhältliches Informationsmaterial (z.B. „Blaue Reihe“ der Deutschen Krebshilfe, Material der Krebs-Selbsthilfeorganisationen) über ihre Erkrankung und Behandlungsalternativen zur Verfügung gestellt. |
|  | Es erfolgt eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bei der Indikationsstellung für die Genexpressionsanalyse sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:   * die Empfehlung zur Indikationsstellung der Anwendung einer Genexpressionsanalyse ist im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz gesondert zu begründen * die Patientin ist über den evidenzbasierten Erkenntnisstand zu Genexpressionsanalysen in der Therapieentscheidung, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten sowie die Alternativen aufzuklären. * eine sequentielle oder kombinierte Anwendung von verschiedenen Testverfahren zur Genexpressionsanalyse am Primärtumorgewebe der Patientin ist ausgeschlossen. |

Hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V 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 wurden. *(§4a Abs. 1 S. 4 ASV-RL)*

## Dokumentation

*(§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 1.1 a) (Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) 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. |
|  | Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status, ER-Status, Her2-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages sind 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. |

## Mindestmengen

*(§ 11 ASV-RL, Nr. 3.4 Anlage 1.1 a) (Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) ASV-RL)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die Mitglieder des Kernteams haben in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige beim erweiterten Landesausschuss eine Anzahl von       Patientinnen bzw. Patienten mit ***Mammakarzinom*** der unter 1.1 der Anlage 1.1 a) Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2 der **ASV -** genannten Indikationsgruppe mit gesicherter Diagnose behandelt. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die Mitglieder des Kernteams haben in den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige beim erweiterten Landesausschuss eine Anzahl von       Patientinnen bzw. Patienten mit **gynäkologischen Tumoren** der unter 1.2 der Anlage 1.1 a) Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2 der **ASV -** genannten Indikationsgruppe mit gesicherter Diagnose behandelt. |

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen 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, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

Das Kernteam muss darüber hinaus zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung eines der folgenden Kriterien erfüllen:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** muss   * die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt (in den letzten vier Quartalen vor Antragsstellung), * darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, * **Klammer**davon 30 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung   nachweisen.  **Nachweis:**  Freiformulierte Selbsterklärung der Fachärztin bzw. des Facharztes für **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** unter Angabe der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in den o.g. Teilbereichen. |

**oder**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt einer **anderen Arztgruppe** des Kernteams muss   * die Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt (in den letzten vier Quartalen vor Antragsstellung), * **Klammer**darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, * davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer oder intraläsionaler Behandlung   nachweisen.  **Nachweis:**  Freiformulierte Selbsterklärung der Fachärztin bzw. des Facharztes einer **anderen Arztgruppe** unter Angabe der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in den o.g. Teilbereichen. |

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/30 bzw. 80/60/20) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach   
§ 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen heranzuziehen.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeige der Leistungserbringung beim erweiterten Landesausschuss muss das Kernteam mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelt haben. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

**Hinweis zu den Mindestmengen:**

In Einzelfällen behält sich der erweiterte Landesausschuss in Bayern vor, weitergehende Unterlagen zur Prüfung der Mindestmengen anzufordern.

# Überweisungserfordernis

Für das Überweisungserfordernis sind die unter Nr. 4 der *Anlage 1.1 a)* (Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) der ASV-RL beschriebenen Ausführungen zu beachten. Im Übrigen gilt § 8 ASV-RL.

# Sonderregelung für Subspezialisierung

Eine ASV-Berechtigung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren setzt die vollständige Erfüllung der in der *Anlage 1.1. a*) Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren geregelten Anforderungen voraus.

Abweichend hiervon entfallen für die Leistungserbringer, die

1. ausschließlich Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen entsprechend Ziffer 1.1 behandeln, die unter Ziffer 5.1 genannten Anforderungen,

oder

1. ausschließlich Patientinnen und Patienten, mit Diagnosen entsprechend Ziffern 1.2 behandeln, die unter Ziffer 5.2 genannten Anforderungen.

## ASV-Sonderregelung Mammakarzinom

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinomen (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.1) setzt die Erfüllung der in *Anlage 1.1 a* (Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren) geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

* Diagnostik der Kontinenzleistung
* Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
* PET/PET-CT
* Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter

Folgende Fachärztinnen und Fachärzte gehören nicht zum Behandlungsteam:

* Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
* Innere Medizin und Gastroenterologie
* Innere Medizin und Nephrologie
* Urologie
* Viszeralchirurgie

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

* Zusammenarbeit mit Stomatherapie und Inkontinenztherapie durch Pflegefachkraft mit diesbezüglicher Erfahrung

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

* die kernteambezogene Mindestmenge von mind. *60* Patientinnen und Patienten der in Nummer 1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2 der ASV-RL - genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.1 im Appendix aufgeführt.

## ASV-Sonderregelung andere gynäkologische Tumoren

Eine ASV-Berechtigung nur für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen gynäkologischen Tumoren (Erkrankungen gemäß Ziffer 1.2) setzt die Erfüllung der in *Anlage 1.1 a* (Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren) geregelten Anforderungen mit folgender Maßgabe voraus:

Folgende Leistungen gehören nicht zum Behandlungsumfang:

* Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse

Folgende sächliche und organisatorische Anforderungen gelten nicht:

* Voraussetzungen für die nach Genexpressionsanalyse 3.2. Buchstabe q)

Folgende Mindestmengen gelten nicht:

* die kernteambezogene Mindestmenge von mindestens 250
* Patientinnen und Patienten der in Nr. 1.1 Mammakarzinom der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2 der ASV-RL - genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose

Leistungen, die nicht zum Behandlungsumfang gehören, sind in Abschnitt 3.2 im Appendix aufgeführt.

# Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM

*(§ 12 ASV-RL, Nr. 6 Anlage 1.1 a) (Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2) ASV-RL)*

Die Spezifizierung des Behandlungsumfangs ist dem Appendix zu entnehmen. Soweit für die unter Nr. 6 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 wurden *(§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 ab mindestens drei Arzneimitteln ist über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V 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** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

| **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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie** | **Strahlentherapie** | **Anästhesiologie** | **Gefäßchirurgie** | **Humangenetik** | **Innere Medizin und Angiologie** | **Innere Medizin und**  **Endokrinologie und Diabetologie** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** |
| 1. Ausreichend   Erfahrung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Erbringung am Tätigkeitsort |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Angemessene Entfernung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Laboratoriumsmedizin** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin /Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche Psychotherapeutin/Ärztlicher Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Urologie** | **Viszeralchirurgie** | **Fachärztinnen oder Fachärzte**  **mit Zusatz-Weiterbildung**  **Palliativmedizin** |
| 1. Ausreichend   Erfahrung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Erbringung am   Tätigkeitsort |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Angemessene   Entfernung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Checkliste zu 3.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung** | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**  **mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung** |
| 1. Ausreichend   Erfahrung |  |  |
| 1. Erbringung am Tätigkeitsort |  |  |
| 1. Angemessene Entfernung |  |  |

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 anzubieten. (§ 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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie** | **Strahlentherapie** | **Anästhesiologie** | **Gefäßchirurgie** | **Humangenetik** | **Innere Medizin und Angiologie** | **Innere Medizin und**  **Endokrinologie und**  **Diabetologie** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** |
| a) Urkunden |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) Urkunden  und/oder institutioneller Nachweis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) Zulassung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| d) Ggf. Kooperationsvertrag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Laboratoriumsmedizin** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin /Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche Psychotherapeutin/Ärztlicher Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Urologie** | **Viszeralchirurgie** | **Fachärztinnen oder Fachärzte**  **mit Zusatz-Weiterbildung**  **Palliativmedizin** |
| a) Urkunden |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) Urkunden  und/oder institutioneller Nachweis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) Zulassung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| d) Ggf. Kooperationsvertrag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologiever-einbarung** | **Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie und einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung** |
| a) Urkunden |  |  |
| b) Urkunden  und/oder institutioneller Nachweis |  |  |
| c) Zulassung |  |  |
| d) Ggf. Kooperationsvertrag |  |  |

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)* – zu den versorgungsbereichsübergreifenden Kooperationen nach § 116b Abs.4 S. 10 SGB V; § 10 ASV-RL vgl. S. 4

**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 (QSV) Molekulargenetik**

**molekulargenetische Untersuchungen nach Unterabschnitt 11.4.2 EBM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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, § 3 QSV   * Facharzturkunde der Ärztekammer „**Humangenetik“**   2) Organisatorische Voraussetzungen, § 4 QSV   * Bei Durchführung von molekulargenetischen Untersuchungen im Auftrag verantwortlicher ärztlicher Personen werden   + ein **Verzeichnis** der molekulargenetischen Leistungen und schriftliche Anweisungen für die fachgerechte Entnahme und Behandlung von Untersuchungsmaterial zur Verfügung gestellt und   + **indikationsbezogene Auftragshinweise** (vgl. § 6 QSV) bereitgestellt. Bei unklaren Konstellationen erfolgt eine konsiliarische Erörterung der Indikationsstellung. | Klammer |

**Checkliste zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur Zervix-Zytologie (QSV)**

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.



|  |  |
| --- | --- |
| **Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (präventiv und kurativ)**  1) Anforderungen an die fachliche Befähigung des **zytologieverantwortlichen Arztes,** vgl. § 3 QSV:   * Facharzturkunde **„Pathologie“**   **und**   * **Zeugnis** über eine mindestens **halbjährige ganztägige Tätigkeit**   **oder**  **Zeugnis** über eine vom Umfang her **vergleichbare**, maximal  2-jährige **berufsbegleitende Tätigkeit** in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor mit der **persönlichen Beurteilung von mindestens 5.000 Fällen aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie**, in denen **mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen** oder deren Vorstadien enthalten sein müssen  Folgende Anforderungen an das **zytologische Labor sind zu erfüllen**:   * + Der **anleitende Arzt** muss die Voraussetzungen nach § 3 QSV erfüllen sowie mindestens 2 Jahre in der gynäkologisch-zytologischen Diagnostik tätig gewesen sein.   + Die Einrichtung muss über eine **Lehrsammlung mit mindestens 200 Präparaten** verfügen, in der eine repräsentative Auswahl von Präparaten enthalten ist, die negative, unklare und positive Zellbilder beinhaltet.   + In der Einrichtung müssen **jährlich mindestens 12.000 Fälle** beurteilt werden. Einrichtungen, die zytologische Präparate von gynäkologischen Fachabteilungen zur Beurteilung erhalten, sind geeignet, wenn sie mindestens 6.000 Fälle im Jahr befunden, die einen hohen Anteil histologisch abklärungsbedürftiger Befunde aufweisen.   **und**   * **erfolgreiche Teilnahme an der Präparateprüfung** nach Anlage 1 QSV   Als **Substitut** für die erfolgreiche Teilnahme an der **Präparateprüfung** wird durch den erweiterten Landesausschuss auch der Nachweis über eine bestehende **Weiterbildungsbefugnis** bezogen auf das Fachgebiet „Pathologie“ akzeptiert, wenn im Bereich der Zervix-Zytologie auch weitergebildet wird.  2) Anforderungen an die fachliche Befähigung der **Präparatebefunder**  vgl. § 4 QSV:   * Nachweis über eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als zytologisch tätige/r Assistent/in (**ZTA**) an Fachschulen für ZTA (Zytologie-Schulen)   **oder**   * Nachweis über eine erfolgreich abgeschlossene staatliche Prüfung als Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in (**MTA-L**) an einer staatlich anerkannten Lehreinrichtung mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie. In dieser Zeit müssen mindestens **3.000 Fälle** der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbständig vorgemustert worden sein.   **und**  **Zeugnis** über den Erwerb von theoretischen Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in folgenden Bereichen:   * + systematische Präparatevormusterung   + technische Beurteilung der Präparate auf ihre Brauchbarkeit zur ärztlichen Diagnostik   + Erkennung verschiedener Floren und Hinweiszeichen auf Krankheitserreger   + Erkennung der verschiedenen Zelltypen einschließlich der Erkennung von Endozervikalzellen   3) Anforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung, vgl. § 5 QSV   * zytologischer Arbeitsplatz mit folgender Mindestausstattung: Annahmebereich, Färberaum oder –bereich, Mikroskopierraum oder –bereich, Archivbereich, Lagerbereich * Färberaum oder –bereich muss vom übrigen Laborbereich räumlich getrennt sein. * Zum Mikroskopierraum oder –bereich gehört ein binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie den entsprechenden 10x und 12x Okularen. * Zur internen Fortbildung ist ein Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung im Labor vorhanden. | Klammer |

**Checkliste zur QSV interventionelle Radiologie**

**Serienangiographie, kathetergestützte therapeutische Eingriffe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 der Ärztekammer (Radiologie)   **oder**   * Facharzturkunde der Ärztekammer (Gefäßchirurgie)   **oder**   * Facharzturkunde der Ärztekammer (Innere Medizin und Angiologie)   **und**   * Bescheinigung der Ärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) einschl. Aktualisierung   **und**   * Weiterbildungszeugnis1) über die selbständige Indikationsstellung/Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens **500** diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen unter Anleitung2) innerhalb der **letzten 5 Jahre** vor Eingang der Anzeige, * davon mindestens **250** kathetergestützt * Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens **100** das Gefäß erweiternde und mindestens **25** das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.   **und**   * Nachweis über eine mindestens **einjährige überwiegende Tätigkeit** in der angiographischen Diagnostik oder Therapie unter Anleitung   1) Gleichwertige fachliche Befähigung  **Sofern der Zeitraum der Leistungserbringung unter Anleitung länger als 5 Jahre zurückliegt, kann ein inhaltlich gleiches Zeugnis für den Zeitraum der letzten 5 Jahre vor Eingang der Anzeige vorgelegt werden.**  (z. B. vom Chefarzt oder Ärztlichen Direktor bzw. Geschäftsführer zu **unterschreiben).**  **2)** Die Anleitung muss bei einem Arzt stattgefunden haben, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt „Radiologie“ oder „Gefäßchirurgie“ oder „Innere Medizin und Angiologie“ befugt ist. Ist der anleitende Arzt nicht in vollem Umfang für die Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich über eine Genehmigung nach der QSV interventionelle Radiologie verfügen. Entsprechende Nachweise sind beizufügen.  2) Anforderungen an die apparative Ausstattung  § 11 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie   * Genehmigung nach § 12 Abs. 1 des Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG) oder * Bestätigung über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 StrlSchG * Bei Bedarf: **Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung,** aus dem eindeutig hervorgehen muss, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der RöV (SV-RL) für die beantragten Leistungen erfüllt sind. |  | |



|  |  |
| --- | --- |
| 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 der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung 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. |  |

**Checkliste zur Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie**

**Computertomographie-Bestrahlungsplanung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |  |

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, 7, 14 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie   * Facharzturkunde der Ärztekammer (**Strahlentherapie)**   **oder**  Facharzturkunde der Ärztekammer (**Radiologie**)  **und**   * **Bescheinigung der Ärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde für das Anwendungsgebiet CT - Bestrahlungsplanung nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)** **sowie Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz**   2) Anforderungen an die apparative Ausstattung  § 11 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie   * Genehmigung nach § 12 Abs. 1 des Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG) oder * Bestätigung über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 StrlSchG * Bei Bedarf: **Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung,** aus dem eindeutig hervorgehen muss, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der RöV (SV-RL) für die beantragten Leistungen erfüllt sind.   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 der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung 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** |

**Checkliste zur Kernspintomographie-Vereinbarung**

**Kernspintomographie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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  § 8 Kernspintomographie-Vereinbarung  **Radiologen:**  **1. Alt**: 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   **2. Alt.:** Facharztanerkennung nach Weiterbildungsordnung **vor** 1993  **zusätzlich** zu den Anforderungen nach Alt. 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 Herstellersund für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.  Aus den Gewährleistungserklärungen\* des Herstellersmuss 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!!!)

**Checkliste zur Kernspintomographie-Vereinbarung**

**Kernspintomographie der Mamma**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 a Abs. 1 Kernspintomographie-Vereinbarung der Mamma   * Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der **Gebietsbezeichnung** Diagnostische Radiologie oder **Radiologie** (ab Weiterbildungsordnung 1993)   **und**   * Weiterbildungszeugnis über die Erfüllung der in § 4 Kernspintomographie-Vereinbarung festgelegten Voraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie im Gebiet Diagnostische Radiologie (**1.000** **kernspintomographischen Untersuchungen** - Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane unter Anleitung)   **und**   * Nachweis über die Erfüllung der **fachlichen und apparativen** Voraussetzungen * nach der **QSV kurative Mammographie**   (s. Checkliste zur QSV kurative Mammographie)  **und**   * für die **Mammasonographie** (Anwendungsbereich 6.1) nach der **Ultraschallvereinbarung** (s. Checkliste zur Ultraschallvereinbarung, insbesondereZeugnis über die selbständige Durchführung von **mindestens 200 B-Modus-Sonographien der Brustdrüse)**   **und**   * Zeugnis über die **selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden**. Die Untersuchungen haben unter Anleitung eines Arztes stattzufinden, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist.   **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  § 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.  **Klammer**  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 Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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, §§ 3, 5-7, 14 QSV   * Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **Radiologie**   **oder**  Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**  **sowie**  Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung **Röntgendiagnostik der Mamma**  **und**   * Weiterbildungsz**eugnis über folgende Anzahl an Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs**: * Palpation und Inspektion der Mammae unter Anleitung bei mindestens 500 Patientinnen, * selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mindestens 500 Fällen   **und**   * persönliche Einstellungen des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen   **und**   * Bescheinigung der Ärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde   **und**   * **erfolgreiche Teilnahme an der Fallsammlungsprüfung** nach Abschnitt C §§ 5 bis 7 der QSV   2) Anforderungen an die apparative Ausstattung  § 4 QSV   * **Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung,** aus dem eindeutig hervorgehen muss, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der StrlSchV für die beantragten Leistungen erfüllt sind. * Genehmigung des Gewerbeaufsichtsamts zum Betrieb der Röntgeneinrichtung bzw. Anzeigebestätigung * 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 der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung und für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.  Aus dem Prüfbericht der Sachverständigenprüfung 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 | |

**Checkliste zur QSV zur Vakuumbiopsie der Brust**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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, vgl. §§ 3, 12 Abs. 1 QSV  **1. Alternative** (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 QSV):   * Nachweis über die Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach der **QSV kurative Mammographie** (s. Checkliste zur QSV kurative Mammographie)   **und**   * Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von **25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle** und von **25 Vakuumbiopsien** **unter Anleitung** innerhalb der **letzten 2 Jahre**   Die Biopsien haben unter Anleitung eines Arztes stattzufinden, der   * nach der Weiterbildungsordnung **für die Weiterbildung für den Bereich Mammadiagnostik** im Gebiet Radiologie oder im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe **befugt** ist   **und**   * der die fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach der **QSV zur Vakuumbiopsie** nachweislich erfüllt.   Erfüllt der zur Weiterbildung befugte Arzt nicht die fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach der QSV zur Vakuumbiopsie, muss er die fachlichen Voraussetzungen der **QSV zur kurativen Mammographie** nachweislich erfüllen.  Die Anleitung hat in einer Einrichtung zu erfolgen, in der regelmäßig Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und Vakuumbiopsien durchgeführt werden.  **2. Alternative** (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 QSV):   * Nachweis über die Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen für den Programmverantwortlichen Arzt im Mammographie-Screening nach §§ 4, 5, 24, 26, 27 der Anlage 9.2 BMV-Ä   **oder**   * Nachweis über die Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä   **und**   * Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von **25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle** und von **25 Vakuumbiopsien** **unter Anleitung** innerhalb der **letzten 2 Jahre**   Die Biopsien haben unter Anleitung eines Arztes stattzufinden, der   * nach der Weiterbildungsordnung **für die Weiterbildung für den Bereich Mammadiagnostik** im Gebiet Radiologie oder im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe **befugt** ist   **und**  der die fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach der **QSV zur Vakuumbiopsie** nachweislich erfüllt.  Erfüllt der zur Weiterbildung befugte Arzt nicht die fachlichen und apparativen Voraussetzungen nach der QSV zur Vakuumbiopsie, muss er die fachlichen Voraussetzungen der **QSV zur kurativen Mammographie** nachweislich erfüllen.  Die Anleitung hat in einer Einrichtung zu erfolgen, in der regelmäßig Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und Vakuumbiopsien durchgeführt werden.  2) Anforderungen an die apparative Ausstattung, § 4 QSV   * 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                        **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. |  |

\*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 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“**  (nur bei Krankenhausärzten ankreuzen)  Sofern **Krankenhausärzte** über **keine Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ oder über keinen** **Genehmigungsbescheid der KV verfügen**, sind die Anforderungen und Voraussetzungen anhand der nachfolgenden Punkte zu belegen. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung, § 4 QSV   * Urkunde der Ärztekammer zu folgender Facharztbezeichnung:     **und**  Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer  **und**   * Zeugnis über eine ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer schmerztherapeutischen Einrichtung (Schmerzpraxis, Schmerzambulanz, Schmerzkrankenhaus) im Sinne von Anlage I der QSV   **und**   * Nachweis der fachlichen Qualifikation zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung nach § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)   **und**   * Bescheinigungen über die mindestens 8-malige Teilnahme an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung   **und**   * erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium, sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt.**   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) Apparative und räumliche Anforderungen, § 8 QSV   * Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator * EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden * rollstuhlgeeignete Praxis * Überwachungs- und Liegeplätze |  |



**Checkliste zur schmerztherapeutischen Einrichtung nach Ziff. 4 bis 6 der Präambel zu Kapitel 30.7 EBM i.V.m. Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie**

**Hinweis:**

**Diese Vorgaben sind nur dann nachzuweisen, wenn die Zuschlagsziffer 30704 EBM abgerechnet wird.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 des Leiters der Einrichtung   * Der **Ärztliche Leiter** der Einrichtung erfüllt nachweislich die **Voraussetzungen** nach der **QSV Schmerztherapie** (s. Checkliste QSV Schmerztherapie), vgl. Anlage I Nr. 1 QSV * Teilnahme an mindestens **30 Stunden** schmerztherapeutischer Fortbildung je Kalenderjahr * Teilnahme an mindestens **10 interdisziplinären Schmerzkonferenzen** mit Patientenvorstellung im Kalenderjahr   2) Anforderungen an die Einrichtung   * „Schmerztherapeutische Einrichtung“ im Sinne von § 4 Abs. 3 Nr. 1 und Anlage I QSV: * Schmerzklinik oder * Schmerzabteilung im Krankenhaus oder * Schmerzambulanz oder * Schmerzpraxis * Das **Behandlungsspektrum** der schmerztherapeutischen Einrichtung umfasst mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. –störungen, vgl. Ziff. 5 der Präambel zu Kapitel 30.7 EBM / Anlage I Nr. 3 QSV: * Chronisch muskuloskelettale Schmerzen * Chronische Kopfschmerzen * Gesichtsschmerzen * Ischämieschmerzen * Medikamenteninduzierte Schmerzen * Neuropathische Schmerzen * Sympathische Reflexdystrophien * Somatoforme Schmerzstörungen * Tumorschmerzen * In der Einrichtung werden **sämtliche unter § 6 Abs. 1 QSV genannten Verfahren:**   + Pharmakotherapie,   + therapeutische Lokalanästhesie   + psychosomatische Grundversorgung nach der Psychotherapie-Vereinbarung   **und**   * **mindestens 3** der in § 6 Abs. 2 QSV genannten Verfahren: * Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren * Physikalische Therapie * Therapeutische Leitungs-, Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien * Sympathikusblockaden * Rückenmarksnahe Opioidapplikation * Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren z.B. Neurolyse, zentrale Stimulation * Übende Verfahren, z.B. Autogenes Training * Hypnose * Ernährungsberatung * minimal-invasive Interventionen * operative Therapie * Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit   **eigenständig vorgehalten**, vgl. Ziff. 5 der Präambel zu Kapitel 30.7 EBM, Anlage I Nr. 5 QSV  Folgende Voraussetzungen nach Ziff. 6 der Präambel zu Kapitel 30.7 EBM i.V.m. Anlage I Nr. 3 QSV werden erfüllt und durch entsprechende **Bescheinigungen** nachgewiesen:   * Das Patientengut der Einrichtung besteht ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der QSV: * Es werden regelmäßig **mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten im Quartal** behandelt. * Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten beträgt **mindestens 75 %.** * An **mindestens 4 Tagen pro Woche** werdenjeweils mindestens **4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorgehalten**, in denenausschließlich chronisch schmerzkranke Patienten behandelt werden. * Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten überschreitet die Höchstzahl von 300 schmerztherapeutischen Behandlungsfällen pro Vertragsarzt im Quartal nicht. | Klammer                **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 Vereinigung 1)** |
| 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 EBM   2) Anforderungen an die Einrichtung, § 4 QSV  Es 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 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.

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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-Ausbildungsleiter** 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. | 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!!!)

**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 81, 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 5) 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**  **Weiterbildungs-ordnung** | **Mindestanzahl**  **§§ 5 u. 6**  **ständige**  **Tätigkeit;**  **Ultraschallkurse** | **Zeugnis**  **aus dem die Erfüllung der Mindestzahlen ersichtlich wird.**  **(Weiterbildungszeugnis oder Zeugnis des Arbeitgebers)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AB 3.2**  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 3.3**  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 4.5**  Belastungsecheokar-diographie, 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 5.1**  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**  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 6.1**  Brustdrüse,  B-Modus | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** bzw. **150**  bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **200** |  |
| **AB 7.1**  Abdomen und  Retroperitoneum,  Jugendliche /  Erwachsene,  B-Modus,  **transkutan** | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **400** bzw. **300** bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **400** bzw. **300** bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB |  |
| **AB 7.2**  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-Endosono-graphien (Rektum) | Anforderungen nach  **AB 7.1** und **25**  B-Modus-Endosono-graphien (Rektum) bzw. **300** B-Modus-Sonographien bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB und **25** B-Modus Endosonographien |  |
| **AB 7.3**  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) bzw. **300** B-Modus-Sonographien bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB und **25** B-Modus Endosonographien |  |
| **AB 8.1**  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**  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 8.3**  Weibliche  Genitalorgane,  B-Modus | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** bzw. **150** bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **300** bzw. **200** bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB |  |
| **AB 10.1**  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**  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 11.1  Bei 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 20.1**  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 20.2**  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 20.3**  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 20.6**  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 Gefäße  bzw. **50** extremitätenversorgende und **50** extremitätenentsorgende Gefäße  bei 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 20.11**  Duplex-Verfahren – Gefäße des  weiblichen  Genitalsystems | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** bzw. **100** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines  anderen AB | Anforderungen nach **AB 8.3** sowie  **200** bzw. **100** bei Nachweis im Duplex-Verfahren eines  anderen AB |  |
| **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** |  |
| Hinweis zu den AB 3.1, 3.2, 3.3, 5.1, 5.2, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.6 und 20.11  Zur Erfüllung der Voraussetzung des Fallzahlennachweises §§5 und 6:  Die Sonographien sind während einer 2-monatigen ständigen oder 12-monatigen begleitenden Tätigkeit zu erbringen.  Hinweis zu den AB 7.1, 7.2, 7.3, 8.1, 8.2, 8.3, 10.1, 11.1  Zur Erfüllung der Voraussetzung des Fallzahlennachweises §§5 und 6:  Die Sonographien 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. Knochendichtemessung
   4. Strahlentherapie
   5. Nuklearmedizin
3. 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 13252, 13253)  **1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:**   * Facharzturkunde der Ärztekammer für das Gebiet der Inneren Medizin   **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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 Mammographie, interventionelle Radiologie, Vakuumbiopsie)  gemäß Abschnitt 34.2 EBM  **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 allgemeinen 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**  **Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Computertomographie**  (ohne CT-Bestrahlungsplanung)  gemäß GOP 34310-34351, 34504 und 34505    **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**

**Knochendichtemessung (osteodensitometrische Untersuchung mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie])**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**  **Knochendichtemessung** (osteodensitometrische Untersuchung mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie])  gemäß GOP 34600 und 34601 EBM  **1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:**     * Facharzturkunde Radiologie der Ärztekammer   **oder**   * sonstige Facharzturkunde der Ärztekammer mit Weiterbildung in einem Fachgebiet, das den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Knochendichtemessungen umfasst   **und**  Nachweis über die Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit  **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 Knochendichtemessung   **oder**   * Nachweis über eine Weiterbildungsbefugnis für eine der vorgenannten Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatz-Weiterbildungen und Erbringung von Leistungen der Knochendichtemessung   **oder**   * Nachweis über die Erbringung von Leistungen der Knochendichtemessung 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 Knochendichtemessung umfassen.   **oder**   * Es wird bestätigt, dass die Leistungen der Knochendichtemessung 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 Knochendichtemessung 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: Strahlentherapie**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Strahlentherapie**  **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL**  **Strahlentherapie** gemäß Abschnitt 25.3 EBM   * Hochvolttherapie * Brachytherapie   **1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:**   * Facharzturkunde Strahlentherapie der Ärztekammer   **oder**   * Genehmigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2 SGB V für die Durchführung von Leistungen der Strahlentherapie   **oder**   * Nachweis über eine Weiterbildungsbefugnis für eine der vorgenannten Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatz-Weiterbildungen und Erbringung von Leistungen der Strahlentherapie   **oder**   * Nachweis über die Erbringung der Leistungen der Strahlentherapie 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 Strahlentherapie umfassen.   **oder**   * Es wird bestätigt, dass die Leistungen der Strahlentherapie 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 Strahlentherapie 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 |

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

**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  **1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:**   * Facharzturkunde Innere Medizin und Gastroenterologie der Ärztekammer   **oder**   * Facharzturkunde Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie der Ärztekammer und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht   **und**   * Zeugnis über die selbständige oder unter Anleitung erfolgte Indikationsstellung,   Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien 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** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |