**Anzeigenvordruck**

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

**Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Organtransplantation**

**und von lebenden Spendern**

**Transplantationsgruppe 1:**

**Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation**

*(§ 116b SGB V i.V.m. Anlage 2 n) 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)** | |
|  | |
| **Teamleitung:**  **(Vorname, Name)** |  |
| **Tätigkeitsort der Teamleitung**  **(Anschrift)** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-Mail:** |  |

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Anzeigenvordruck einschließlich der entsprechenden Nachweise

**in elektronischer Form** an die Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses in Bayern zu

übermitteln.

[Anzeigeverfahren | Erweiterter Landesausschuss Bayern](https://www.erweiterter-landesausschuss-bayern.de/anzeigeverfahren/index.html#austausch)

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

# Konkretisierung der Erkrankung

Die Konkretisierung umfasst die ambulante Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation, die eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedürfen.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten zur Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten ab den vollendeten 18. Lebensjahr mit folgenden Erkrankungen oder Zuständen kodiert mit:

Z94.80.- Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression

Z94.81.- Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression

T86.0.- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-Host-Krankheit

# Behandlungsumfang

Eine Beschreibung des Behandlungsumfangs ist unter Nr. 2 in der Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1:

Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation der ASV-RL zu finden. Die Konkretisierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM ist unter der Nr. 5 in der Anlage 2 n) 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. *(§ 3 Abs. 1 S. 1 ASV-RL)*

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

## Personelle Anforderungen

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation erfolgt durch ein interdisziplinäres Team gem. § 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)*  Direkt an der Patientin oder dem Patienten zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen. Maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teammitglieder. (§ 3 Abs. 2 S. 6 ASV-RL)  **Nachweise\*:**  Angabe der Tätigkeitsorte für die Mitglieder des Kernteams inkl. Anschrift sowie der Entfernung und Fahrzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung. |
|  | KlammerDie hinzuzuziehenden Ärzte verpflichten sich dazu, dass direkt an der Patientin oder dem Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht werden. *(§ 3 Abs. 2 S.8 ASV-RL)*  **Nachweise\*:**  Angabe der Tätigkeitsorte für jeder hinzuzuziehende Arzt inkl. Anschrift sowie der Entfernung und Fahrzeit zum Tätigkeitsort der Teamleitung. |

\*Die **Nachweise** sind in freier Form zu erbringen

### Erkrankungsspezifische personelle Anforderungen

*(Nr. 3.1 Anlage 2 n) ASV-RL)*

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation erfolgt durch ein Interdisziplinäres Team gemäß § 3 ASV-RL.

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

*(vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 ASV-RL)*

1. **Teamleitung** 
   * **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,** *mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.*

Die Teamleitung muss in einer Transplantationseinrichtung tätig sein, die allogene Stammzelltransplantation durchführt.

1. **Kernteam**
   * **Haut- und Geschlechtskrankheiten**
   * **Innere Medizin und Gastroenterologie**
   * **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,** *mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.*

Zusätzlich können nur für die Weiterbehandlung gemäß 3.2 Nummer 1 auch Fachärztinnen und Fachärzte für:

* + **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** benannt werden,
  + **Hier** muss die o.g. 2-jährige Erfahrung nicht vorgewiesen werden (§ 3 Abs. 2 Satz 4 bis 6 ASV-RL).
  + Die geltende Ortsbindung an die Teamleitung ist für dieses zusätzliche Kernteammitglied aufgehoben.

1. **Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte**

* Allgemeinchirurgie **und/oder** Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
* Anästhesiologie
* Augenheilkunde
* Frauenheilkunde und Geburtshilfe
* Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
* Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
* Innere Medizin und Kardiologie
* Innere Medizin und Nephrologie
* Innere Medizin und Pneumologie
* Innere Medizin und Rheumatologie
* Laboratoriumsmedizin
* Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
* Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
* Neurologie
* Nuklearmedizin
* Pathologie
* Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut
* Radiologie
* Strahlentherapie
* Urologie

*Zusätzlich kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für* ***Transfusionsmedizin*** *benannt werden.*

****

|  |
| --- |
| **Nachweise:**   * Die personellen Anforderungen sind durch entsprechende Urkunden über die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt /Zusatz-Weiterbildung nachzuweisen. * Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen. Als Nachweis über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist jeweils der ***aktuelle*** Beschluss der Zulassungsgremien vorzulegen. *(§ 2 Abs. 1 Satz 1 ASV-RL)* * Bestehende schriftliche Kooperationsverträge für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen sind ebenfalls vorzulegen. Aus den Kooperationsverträgen muss hervorgehen, dass es sich um eine Kooperation im Sinne der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung handelt und die notwendigen Anforderungen entsprechend der Richtlinie erfüllt sind. *(§ 2 Abs. 2 S. 1 u. S. 2 ASV-RL i.V.m. § 3 Abs. 1 S. 2 ASV-RL)* |

**Hinweise zu den Kooperationsvereinbarungen**

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

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

**Hinweise zu bei Vertragsärzten angestellten Ärzten**

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

Assistentinnen und Assistenten (Weiterbildungsassistenten und Sicherstellungsassistenten) gemäß

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

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

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

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

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

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

**zu a) Teamleitung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ, Krankenhausarzt,**  **angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt**  **Angaben zur Teamleitung** | |
| **Name, Vorname** | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt |
| **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** | |
|  | **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,** mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt. |
|  | Die Teamleitung ist in einer Transplantationseinrichtung tätig, die allogene Stammzelltransplantationen durchführt und die Anforderungen der Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für allogene Stammzelltransplantationen erfüllt. |

**zu b) Kernteam**

| **Fachgebietsbezeichnung/**  **Schwerpunkt/**  **Zusatz-Weiterbildung** | **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ,**  **Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt**  **Name, Vorname, Geb.dat des Arztes**  **und Anschrift** | **BSNR od. IK** | **ggf. LANR 1)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Haut- und Geschlechtskrankheiten** | 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 |  |  |
| **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | 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 |  |  |
| **Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,**  *mit mindestens zweijähriger Erfahrung auf einer Station oder in einer Ambulanz für allogene Stammzelltransplantation, die die Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation mit Transplantationsfolgen beziehungsweise Komplikationen einschließt.* | 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 |  |  |
| ***Zusätzlich benannt werden kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für:*** | | | |
| **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      VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt |  |  |

**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).* Dazu ist der Name einer **fachärztlich geleiteten fachspezifischen Organisationseinhei**t (z.B. Fachabteilung eines Krankenhauses oder eines MVZ) anzugeben.

.

| **Fachgebietsbezeichnung/**  **Schwerpunkt/**  **Zusatz-Weiterbildung** | | **Vertragsarzt, angestellter Arzt MVZ,**  **Krankenhausarzt, angestellter Arzt bei Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt**  **Name, Vorname, Geb.dat des Arztes oder  Name der Organisationseinheit**  **und Anschrift** | **BSNR od. IK** | | **ggf. LANR 1)** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Allgemeinchirurgie | | 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       ,       , |  | |  | |
| Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | | 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       ,       , |  | |  | |
| 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       ,       , |  | |  | |
| Augenheilkunde | | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       , |  | |  | |
| Frauenheilkunde und  Geburtshilfe | | 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       ,       , |  | |  | |
| Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | | 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  Endokrinologie und  Diabetologie | | 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 | | 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  Pneumologie | | 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  Rheumatologie | | 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       ,       , |  | |  | |
| Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | | 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       ,       , |  | |  | |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       , |  | |  | |
| Neurologie | | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       , |  | |  | |
| Nuklearmedizin | | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       , |  | |  | |
| Pathologie | | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       , |  | |  | |
| Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder 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       ,       , |  | |  | |
| Strahlentherapie | | 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 | | 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       ,       , |  | |  | |
| ***Zusätzlich benannt werden kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für:*** | | | | | | |
| Transfusionsmedizin | VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       ,  VA  MVZ  KH  angestellter Arzt bei VA  ermächtigter Arzt  Institutionelle Benennung  Ermächtigte Einrichtung       ,       , | | |  | |  | |

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

**Qualitätssicherungsvereinbarungen und leistungsspezifische Qualitätsanforderungen**1)**:**

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 § 4a bis sie ebenfalls, in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde. (§4a Abs. 1 S. 4 ASV-RL)

**Hinweise zu den Qualitätssicherungsvereinbarungen:**

* 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 jeweils 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.

|  |
| --- |
| Klammer**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 40). Sollen leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nachgewiesen werden, sind die Fachärztinnen und Fachärzte bzw. die entsprechenden Einrichtungen in den Checklisten ab Seite 74 zu benennen. * Für die Qualitätssicherungsvereinbarungen gilt Folgendes: Die **Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte** haben die auf der Grundlage der Qualitätssicherungsvereinbarungen erteilten **Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen** bei der Anzeige beim Erweiterten Landesausschuss vorzulegen. **Fachärztinnen bzw. Fachärzte in Krankenhäusern** haben die Erfüllung der persönlichen und fachlichen Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch **entsprechende Nachweise** gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss zu belegen. Welche Anforderungen an die fachliche Befähigung bzw. welche apparativen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, kann den jeweiligen Checklisten zu den Qualitätssicherungsvereinbarungen entnommen werden. * Die Anforderungen an die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 SGB V Abs. 2, bzw. die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL, können im Einzelnen den jeweiligen Checklisten entnommen werden. |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem**  **Appendix:**  **Qualitätssicherungs-**  **vereinbarungen nach**  **§ 135 Abs. 2 SGB V** | **GONRn** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie (2-jährige Erfahrung)** | **Haut- und**  **Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie** | **Allgemeinchirurgie** | **Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie** | **Anästhesiologie** | **Augenheilkunde** | **Frauenheilkunde und**  **Geburtshilfe** | **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** | **Innere Medizin und Endo-**  **krinologie und Diabetologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** | **Innere Medizin und**  **Pneumologie** |
| QSV zur Rhythmusimplantat-Kontrolle | 13571  13573 - 13575 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |
| QSV zur interventionellen Radiologie | 34283 - 34287  01530, 01531 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CT-gestützte Bestrahlungsplanung | 34360 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV PET, PET/CT | 34700, 34703 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kernspintomographie-Vereinbarung  Bestrahlungsplanung MRT | 34410 – 34452  34460 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV Invasive Kardiologie | 34291, 34292, 34298  01520, 01521 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |
| QSV Spezial-Labor | 32155 - 32949 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV MR Angiographie | 34470 - 34492 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten 1) | 30700 – 30702  30706 - 30708 | **x** | **x** | **x** | **x** |  |  | **x** |  |  |  |  |  |  |  |
| Ultraschall-Vereinbarung | 33000 – 33100  08341, 13550 | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** |  | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem**  **Appendix:**  **Qualitätssicherungs-**  **vereinbarungen nach**  **§ 135 Abs. 2 SGB V** | **GONRn** | **Innere Medizin und**  **Rheumatologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Mikrobiologie, Virologie**  **und Infektionsepidemiologie** | **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche Psychotherapeutin /Ärztlicher Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Strahlentherapie** | **Transfusionsmedizin** | **Urologie** |
| QSV zur Rhythmusimplantat-Kontrolle | 13571  13573 - 13575 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV zur interventionellen Radiologie | 34283 - 34287  01530, 01531 |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |
| CT-gestützte Bestrahlungsplanung | 34360 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |
| QSV PET, PET/CT | 34700, 34703 |  |  |  |  |  | **x** |  |  | **x** |  |  |  |
| Kernspintomographie-Vereinbarung  Bestrahlungsplanung MRT | 34410 – 34452  34460 |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |
| QSV Invasive Kardiologie | 34291, 34292, 34298  01520, 01521 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QSV Spezial-Labor | 32155 - 32949 |  | **x** | **x** |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |
| QSV MR Angiographie | 34470 - 34492 |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |
| QSV zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten 1) | 30700 – 30702  30706 - 30708 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ultraschall-Vereinbarung | 33000 – 33100  08341, 13550 | **x** |  |  | **x** | **x** | **x** |  |  | **x** | **x** |  | **x** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem Appendix:**  **Leistungsspezifische**  **Qualitätsanforderungen**  **nach § 4a ASV-RL** | **GONRn** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie**  **(2-jährige Erfahrung)** | **Haut- und**  **Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie** | **Allgemeinchirurgie** | **Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie** | **Anästhesiologie** | **Augenheilkunde** | **Frauenheilkunde und**  **Geburtshilfe** | **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** | **Innere Medizin und Endo-**  **krinologie und Diabetologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** | **Innere Medizin und**  **Pneumologie** |
| Langzeit-EKG | 13252, 13253 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** | **x** | **x** | **x** |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Diagnostische Radiologie:  **🡺 Allgemeine Röntgendiagnostik** | 34210 - 34282  34290  34294- 34296  34501  13430, 13431 |  |  | **x** |  | **x** |  |  |  |  | **x** |  | **x** |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Computertomographie | 34310-34351 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Knochendichtemessung DXA | 34600, 34601 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Strahlentherapie | 25321 - 25343 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklearmedizin | 17310 - 17372 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koloskopie | 13421 - 13423 |  |  | **x** |  | **x** | **x** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auszug aus dem Appendix:**  **Leistungsspezifische**  **Qualitätsanforderungen**  **nach § 4a ASV-RL** | **GONRn** | **Innere Medizin und Rheumatologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Mikrobiologie, Virologie und**  **Infektionsepidemiologie** | **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie**  **oder Psychosomatische Medizin und**  **Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche**  **Psychotherapeutin /Ärztlicher**  **Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Strahlentherapie** | **Transfusionsmedizin** | **Urologie** |
| Langzeit-EKG | 13252, 13253 | **x** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Diagnostische Radiologie:  **🡺 Allgemeine Röntgendiagnostik** | 34210 - 34282  34290  34294- 34296  34501  13430, 13431 |  |  |  | **x** | **x** |  |  |  | **x** |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie: Computertomographie | 34310-34351 |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Knochendichtemessung DXA | 34600, 34601 | **~~x~~** |  |  |  |  | **x** |  |  | **x** |  |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik  und –therapie: Strahlentherapie | 25321 - 25343 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |  |  |
| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie: Nuklearmedizin | 17310 - 17372 |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |  |  |  |
| Koloskopie | 13421 - 13423 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Sächliche und organisatorische Anforderungen

### Allgemeine sächliche und organisatorische Anforderungen

*(§ 4 ASV-RL)*

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wird eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zusätzlich benannt, ist die Entscheidung über die strukturierte Zusammenarbeit im Rahmen der Weiterbehandlung vom Kernteam gemeinsam zu treffen. |

### Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen

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

|  |
| --- |
| **Nachweise:**  Für die unten aufgeführten sächlichen und organisatorischen Anforderungen sind eine Beschreibung der organisatorischen Maßnahmen und der Infrastruktur beizufügen. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesundheitsfachdisziplinen und weiteren Einrichtungen:   * ambulanten Pflegediensten zur häuslichen Krankenpflege * Physiotherapie * sozialen Diensten wie z. B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen   mit sozialen Beratungsangeboten  Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung. |
|  | Es besteht eine Zusammenarbeit mit folgender Fachdisziplin:   * Transfusionsmedizin (sofern die Fachgruppe Transfusionsmedizin nicht bereits im ASV-Team vorhanden ist.   Hierzu bedarf es **einer** vertraglichen Vereinbarung. |
|  | Es besteht eine 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft von einer bzw. einem der folgenden Ärztinnen und Ärzte:   * Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie   Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. |
|  | 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:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die in die onkologische Behandlung eingebundenen Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzausbildung zur onkologischen Pflege. |
|  | 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. |
|  | Für infektiöse Patientinnen und Patienten stehen gesonderte Räume zur Verfügung in welchen sie ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten untersucht und behandelt werden können. |
|  | 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. |
|  | 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. |

Hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Hinsichtlich der apparativen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen einschließlich der Überprüfung der Hygienequalität gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V so lange 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 so lange weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde. *(§4a Abs. 1 S. 4 ASV-RL)*

## Dokumentation

*(§ 14 ASV-RL, Nr. 3.3 Anlage 2 n) 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), die Behandlungsmaßnahmen und 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. |

# 4. Überweisungserfordernis

Für das Überweisungserfordernis sind die unter Nr. 4 der Anlage 2 n) der ASV-RL beschriebenen Ausführungen zu beachten. Im Übrigen gilt § 8 ASV-RL.

# 5. Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM

*(§ 12 ASV-RL, Nr. 5 Anlage 2 n) ASV-RL)*

Die Spezifizierung des Behandlungsumfangs ist dem Appendix zu entnehmen. Soweit für die unter Nr. 5 der Anlage Nr. 2 n) ASV-RL aufgeführten Leistungen Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bestehen, gelten diese so lange 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 so lange #weiterhin entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde *(§4a Abs. 1 S. 4 ASV-RL).*

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

Zusätzlich gelten die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und die für den Krankenhausbereich einerseits und den vertragsärztlichen Bereich andererseits festgelegten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a SGB V 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: |

# 6. Bevollmächtigung Schriftwechsel / Datenaustausch

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Für den gesamten Schriftwechsel wird eine Person bevollmächtigt | | Ja | Nein |
| Name des Bevollmächtigten: | | | |
| Postanschrift und E-Mail Adresse des Bevollmächtigten: | | | |
| Die oben genannte E-Mail Adresse darf vom Erweiterten Landesausschuss in Bayern nach  Art. 5 Abs. 5 BayVwZVG auch für die Zustellung von elektronischen Dokumenten  (Mitteilung der Fristunterbrechung, Positivmitteilungen etc.) verwendet werden. | | | | |
| Ja | Nein | | | |

# 7. 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.

# 8. 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 daraufhin gewiesen, 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, Vorname** | **Unterschrift** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Anlage 1**

**Checklisten zur Überprüfung der Vollständigkeit der Antragsunterlagen**

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

**Checkliste zu 3.1.1 Allgemeine personelle Anforderungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie (2-jährige Erfahrung)** | **Haut- und**  **Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie** | **Allgemeinchirurgie** | **Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie** | **Anästhesiologie** | **Augenheilkunde** | **Frauenheilkunde und**  **Geburtshilfe** | **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** | **Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** |
| 1. Ausreichend Erfahrung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Erbringung am Tätigkeitsort |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Angemessene Entfernung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin und**  **Pneumologie** | **Innere Medizin und**  **Rheumatologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Mikrobiologie, Virologie**  **und Infektionsepidemiologie** | **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche Psychotherapeutin /Ärztlicher Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Strahlentherapie** | **Transfusionsmedizin** | **Urologie** |
| 1. Ausreichend Erfahrung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Erbringung am Tätigkeitsort |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Angemessene Entfernung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 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)
2. 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

Direkt an der Patientin oder dem Patienten zu erbringende Leistungen sind in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen. Maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teammitglieder. (§ 3 Abs. 2 S. 6 ASV-RL)

1. Die hinzuzuziehenden Ärzte verpflichten sich dazu, dass direkt an der Patientin oder dem Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht werden. Maßgeblich ist dabei der Tätigkeitsort der Teammitglieder. (§ 3 Abs. 2 S. 8 ASV-RL)

**Checkliste zu 3.1.2 Erkrankungsspezifische personelle Anforderungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie**  **(2-jährige Erfahrung)** | **Haut- und**  **Geschlechtskrankheiten** | **Innere Medizin und**  **Gastroenterologie** | **Innere Medizin und**  **Hämatologie und Onkologie** | **Allgemeinchirurgie** | **Plastische, Rekonstruktive und**  **Ästhetische Chirurgie** | **Anästhesiologie** | **Augenheilkunde** | **Frauenheilkunde und**  **Geburtshilfe** | **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** | **Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie** | **Innere Medizin und**  **Kardiologie** | **Innere Medizin und**  **Nephrologie** |
| 1. Urkunden |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Urkunden  und/oder institutioneller Nachweis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Zulassung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Ggf. Kooperations-vertrag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Innere Medizin und**  **Pneumologie** | **Innere Medizin und**  **Rheumatologie** | **Laboratoriumsmedizin** | **Mikrobiologie, Virologie**  **und Infektionsepidemiologie** | **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** | **Neurologie** | **Nuklearmedizin** | **Pathologie** | **Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Ärztliche Psychotherapeutin /Ärztlicher Psychotherapeut** | **Radiologie** | **Strahlentherapie** | **Transfusionsmedizin** | **Urologie** |
| 1. Urkunden |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Urkunden  und/oder institutioneller Nachweis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Zulassung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 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/oder Auszug aus dem Krankenhausplan
3. Nachweis über die Teilnahmeberechtigung an der vertragsärztlichen Versorgung, Zulassung als Vertragsärztin/Vertragsarzt; Zulassung als MVZ; Ermächtigung und/oder Nachweis über die Zulassung nach § 108 SGB V (*§ 2 Abs. 1 S. 1 ASV-RL)*
4. Schriftliche Vereinbarung der Mitglieder der Kooperationsgemeinschaft, wenn zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen Kooperationen erforderlich sind  
   *(§ 2 Abs. 2 S. 1 u. S. 2 ASV-RL i.V.m. § 3 Abs. 1 S. 2 ASV-RL)*

**Hinweise zu den Kooperationsvereinbarungen**

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

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

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

**Checkliste zur Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Anforderungen an die fachliche Befähigung, §5 QSV**  * Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung: * „Innere Medizin und Kardiologie“ bzw. der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ und der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“   **und**   * **Alternative 1:**   Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **200 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen** unter Anleitung eines weiterbildungsbefugten Arztes **innerhalb der letzten 36 Monate**vor Eingang der Anzeige**1**.  **oder**   * **Alternative 2:**   Zusatzqualifikation "Spezielle Rhythmologie"  1Gleichwertige fachliche Qualifikation:  Bestätigung eines Dritten (z. B. Geschäftsführer) über die selbstständige Durchführung innerhalb der letzten 36 Monate.   1. **Voraussetzungen bei telemedizinischer Kontrolle, § 4 QSV**   Bei telemedizinischer Kontrolle kardialer Rhythmusimplantate wird gewährleistet, dass   * die **Rückmeldung an den Patienten** zu denErgebnissen der Implantatkontrolle bei Auffälligkeiten bzw. Umprogrammierungsbedarf spätestens am **nächsten Werktag,** ansonsten innerhalb der **drei nächsten Werktage** erfolgt   **und**   * die Anforderungen an die Durchführung telemedizinischer Leistungen nach der „Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Anlage 31 BMV-Ä) erfüllt werden   3) Anforderungen an die apparative Ausstattung, § 6 QSV   * ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät, * ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen * eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator und * ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft | Klammer |

**Checkliste zur 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)   **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. | Klammer | |



|  |  |
| --- | --- |
| 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)**   **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 QSV diagnostische Positronenemissionstomographie, diagnostische**

**Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/PET-CT)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | **KlammerGenehmigungsbescheid/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 **Nuklearmedizin**   **und/oder**   * Facharzturkunde der Ärztekammer **Radiologie** und Berechtigung zur Durchführung der PET nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung   **und**   * Weiterbildungszeugnis1) über die selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens **1000 PET-Untersuchungen** zu onkologischen Fragestellungen **unter Anleitung2)** innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eingang der Anzeige   **und**   * Zeugnis über Kenntnisse und Erfahrungen in der **Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z.B. CT oder MRT)**; es muss die Einordnung von **mindestens 200 CT oder MRT** in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden nachgewiesen werden.   **und**   * wenn die diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) nach GOP 34701 und 34703 erbracht werden soll, müssen die fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur **Computertomographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie** erfüllt und nachgewiesen werden.   1)Gleichwertige fachliche Befähigung  **Sofern der Zeitraum der Leistungserbringung unter Anleitung länger als 5 Jahre zurückliegt, kann ein Zeugnis** über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von **1000 PET-Untersuchungen** zu onkologischen Fragestellungen innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eingang der Anzeige vorgelegt werden. Das Zeugnis ist von einem Dritten (z. B. vom Chefarzt oder Ärztlichen Direktor bzw. Geschäftsführer) **zu unterschreiben.**  **2)** Die **Anleitung** muss bei einem Arzt stattgefunden haben, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens 1 Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt für Nuklearmedizin befugt ist oder die v.g. PET-Untersuchungen wurden **ohne Anleitung** im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharzttätigkeit in einer **zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin** erbracht. Entsprechende Nachweise sind beizufügen.  2) Anforderungen an die apparative Ausstattung  § 4 QSV   * Gewährleistungserklärung des Herstellers zum Nachweis der Erfüllung folgender apparativer Voraussetzungen: * Einsatz eines dezidierten PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung < 5,5 mm nach Angaben des Herstellers * Einsatz eines PET-Gerätes mit Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT (Leistungen der PET) bzw. eines kombinierten PET/CT-Gerätes (Leistungen der PET/CT) * Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert) * Eine geeignete Notfallausrüstung (mindestens Frischluftbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Rufanlage und Notfall-Arztkoffer) wird vorgehalten. * ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft   Aus den Gewährleistungserklärungen\* des Herstellers muss ersichtlich sein, dass die Anforderungen und Voraussetzungen aus den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen erfüllt werden.  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 Abnahmeprüfung, die Nachweise über die erfolgreiche Prüfung durch die Ärztliche Stelle und die behördliche Genehmigung für den Umgang mit radioaktiven Stoffen vorliegen sowie 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.  3) Organisatorische Anforderungen  § 5 QSV   * Die **Durchführung der PET/CT** unter Einsatz eines kombinierten PET/CT-Geräts erfolgt - sofern der Arzt, dem die Genehmigung nach der QSV erteilt wurde, nicht selbst über eine CT Genehmigung verfügt - in **unmittelbarer Zusammenarbeit mit einem Kooperationspartner mit CT-Genehmigung**. * Die **Indikationsstellung** zur PET und PET/CT erfolgt in einem **Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit** (die Zusammensetzung des Teams je Indikationsstellung vgl. § 5 Abs. 5 bis 10 QSV, ist gewährleistet) * Im interdisziplinären Team erfolgen im Weiteren:   - die **Befundbesprechungen** zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET- bzw. PET-CT-Befunde  Und  - die **Nachbesprechungen** in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.   * **Positive PET-Befunde**, die eine entscheidende **Änderung des therapeutischen Vorgehens** begründen würden, werden grundsätzlich **histologisch oder zytologisch bzw.im weiteren Verlauf bildgebend-apparativ verifiziert**, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen werden in jedem Einzelfall begründet. | 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 Kernspintomographie-Vereinbarung**

**Kernspintomographie (ausgenommen Mamma und Angiographie)**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung  § 8 Kernspintomographie-Vereinbarung  **Radiologen:**  **Alternative 1**:  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   **Alternative 2:**  Facharztanerkennung nach Weiterbildungsordnung **vor** 1993 **zusätzlich** zu den Anforderungen nach **Alternative 1**:   * Zeugnis über eine mindestens **24-monatige ganztägige Tätigkeit** in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine 12-monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden * erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium**   Als **Substitut** für die erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** wird durch den erweiterten Landesausschuss auch der Nachweis über eine bestehende **Weiterbildungsbefugnis** bezogen auf eine Facharztbezeichnung und/oder eine zugehörige Schwerpunktbezeichnung sowie eine Zusatzbezeichnung akzeptiert.  2) Anforderungen an die apparative Ausstattung  § 5 und Anlage I Kernspintomographie-Vereinbarung   * vom Hersteller unterschriebene Gewährleistungserklärung\* * ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft   Zum Nachweis der Anforderungen an die **apparative Ausstattung** ist von den **Krankenhäusern** folgendes zu beachten:  Der für die Qualitätssicherung verantwortliche Leiter hat dem erweiterten Landesausschuss eine Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass bei Geräten mit einem Alter von weniger als vier Jahren eine Gewährleistungserklärung des Herstellersund für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.  Aus den Gewährleistungserklärungen\* des Herstellers muss ersichtlich sein, dass die Anforderungen und Voraussetzungen aus den jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen erfüllt werden.  **Hinweis:**  Der erweiterte Landesausschuss in Bayern behält sich vor, die entsprechenden Nachweise zur Prüfung der apparativen Ausstattung stichprobenartig anzufordern. | Klammer |

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

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

**Checkliste zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie**

**Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung, §§ 4, 9 der QSV   * Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung Kardiologie** bzw. der **Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“**   **und**   * Weiterbildungszeugnis über eine **3-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie** unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes   **oder**  Gleichwertige fachliche Qualifikation:  Zeugnis über eine **2-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie** unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes und **Bestätigung eines Dritten (z. B. Geschäftsführer)** über eine selbstständige **1-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie**  **und**   * Zeugnis über die **selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung der nachfolgenden Tätigkeiten** unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes: * **1000 diagnostische Katheterisierungen** des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße **innerhalb der letzten 4 Jahre1**   **und**   * **300 therapeutische Katheterinterventionen** an Koronararterien   **innerhalb der letzten 3 Jahre1**  1Gleichwertige fachliche Qualifikation:  Bestätigung eines Dritten (z. B. Geschäftsführer) über die selbstständige Durchführung innerhalb der letzten 3 bzw. 4 Jahre.  **und**   * Bescheinigung der Ärztekammer über die **Fachkunde im Strahlenschutz** nach der RöVund ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz   2) Organisatorische Anforderungen, § 5 QSV   * Während der Durchführung der Untersuchungen und Interventionen ist im Katheterraum mindestens eine **medizinische Fachkraft anwesend**, welche über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie      * der Betreuung von Patienten nach Katheterisierungen verfügt. * Darüber hinaus steht während der Durchführung der Untersuchungen und Interventionen im Katheterraum ein **weiterer approbierter Arzt** zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung. * Bei Feststellung eines kardiochirurgischen Eingriffs können die Patienten innerhalb von **höchstens 30 Minuten** in nachfolgende   **Abteilung zur Kardiochirurgie** transportiert und dort versorgt werden:      Name der Klinik mit Angabe der Entfernung/Fahrzeit   * **Räumlichkeiten für die Nachbetreuung** der Patienten stehen zur Verfügung. Die Betreuung der Patienten nach der therapeutischen Katheterintervention erfolgt in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor, um ggf. unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchführen zu können. * Während der Nachbetreuung ist mindestens **eine medizinische Fachkraft anwesend**. * Während der Nachbetreuung steht mindestens **ein approbierter Arzt** zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung * Bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung steht ein **qualifizierter Arzt** innerhalb von **höchstens 30 Minuten** zur Verfügung. * Nach einer Linksherzkatheteruntersuchung wird der Patient **mindestens 4 Stunden**, nach einer therapeutischen Katheterintervention **mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden** nachbetreut.   3) Anforderungen an die apparative Ausstattung, § 6 QSV   * Folgende Mindestanforderungen an die **apparative Ausstattung im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit** werden erfüllt: * Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät   (Beatmungsbeutel)   * Absaugvorrichtung * Sauerstoffversorgung * Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop * Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms * EKG-Monitor und Rufanlage * Die Röntgeneinrichtung verfügt über die **Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-ACC/ESC Standard.** * Zum Nachweis wird für das verwendete Gerät bei Bedarf der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung vorgelegt, aus dem eindeutig hervorgehen muss, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Sachverständigen-Prüfrichtlinie nach dem Strahlenschutzgesetz und der Strahlenschutzverordnung (SV-RL) für die entsprechenden Leistungen erfüllt sind. * ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft   Zum Nachweis der Anforderungen an die **apparative Ausstattung** ist von den **Krankenhäusern** folgendes zu beachten:  Der für die Qualitätssicherung verantwortliche Leiter hat dem erweiterten Landesausschuss eine Erklärung vorzulegen, aus der sich ergibt, dass bei Geräten mit einem Alter von weniger als vier Jahren eine Gewährleistungserklärung des Herstellers und für Geräte mit einem Alter von mehr als vier Jahren zusätzlich Wartungsnachweise vorliegen.  **Hinweis:**  Der erweiterte Landesausschuss in Bayern behält sich vor, die entsprechenden Nachweise zur Prüfung der apparativen Ausstattung stichprobenartig anzufordern. | Klammer                          Klammer |

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung   * Facharzturkunde **Laboratoriumsmedizin** der Ärztekammer   als Nachweis der fachlichen Befähigung für alle Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM sowie der entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM  **oder**   * Facharzturkunde Arzt für **Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** der Ärztekammer   als Nachweis der fachlichen Befähigung mikroskopischer, biochemischer, immunologischer, und molekularbiologischer Leistungen zum Nachweis von Bakterien, Viren, Pilzen und anderen übertragbaren des Abschnitts 32.3 sowie der entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM  **oder**   * Facharzturkunde Arzt für **Transfusionsmedizin** der Ärztekammer   als Nachweis der fachlichen Befähigung immungenetischer, immunhämatologischer und/oder infektionsimmunologischer Leistungen des Abschnitts 32.3 sowie der entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM  **ggf. zusätzlich**  sofern ein mind. 12-monatiger Weiterbildungsabschnitt im Gebiet Laboratoriumsmedizin abgeleistet und anerkannt wurde, gilt die fachliche Befähigung für in diesem Zeitraum erworbene und im Weiterbildungszeugnis bescheinigte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Durchführung mikroskopischer Untersuchungen, Funktions-, Gerinnungs-, klinisch-chemischer und immunologischer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen ebenfalls als nachgewiesen.  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 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 Ultraschall-Vereinbarung (USV) Ultraschalluntersuchungen**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 1) Anforderungen an die fachliche Befähigung  **Alternative 1:**  Erwerb der fachlichen Befähigung nach **Weiterbildungsordnung**, § 4 USV   * Facharzturkunde der Ärztekammer   **und**   * Die der erworbenen Facharztbezeichnung zugrundeliegende Weiterbildungsordnung sieht den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ultraschalldiagnostik in den beantragten Anwendungsbereichen vor, vgl. § 4 USV   **und**   * Weiterbildungszeugnis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 3 USV, s. Tabelle „Fallzahlen je Anwendungsbereich“)   **Alternative 2:**  Erwerb der fachlichen Befähigung in einer **ständigen Tätigkeit**, § 5 USV   * Facharzturkunde der Ärztekammer   **und**   * Zeugnis über eine mindestens **18-monatige ganztägige Tätigkeit** in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den beantragten Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst   **und**   * Zeugnis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 4 USV, s. Tabelle „Fallzahlen je Anwendungsbereich“)   **und**   * erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium**   Als **Substitut** für die erfolgreiche Teilnahme an einem **Kolloquium** wird durch den erweiterten Landesausschuss auch der Nachweis über eine bestehende **Weiterbildungsbefugnis** bezogen auf eine Facharztbezeichnung und/oder eine zugehörige Schwerpunktbezeichnung sowie eine Zusatzbezeichnung akzeptiert. Des Weiteren wird der Nachweis über eine Tätigkeit als **DEGUM-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  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 64, einschließlich des entsprechenden Anwendungsbereiches und haben gleichzeitig eine Hilfestellung zur Füllung der Tabelle 1: „Fallzahlen je Anwendungsbereich“.



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

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

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

Tabelle 1: „Fallzahlen je Anwendungsbereich“

| **Anwendungs-bereich (AB)** | **Durchführender oder**  **verantwortlicher Arzt bei institutioneller**  **Benennung im**  **interdisziplinären Team**  **(Vor-/Nachname)** | **Mindestanzahl**  **§ 4**  **Weiterbildungs-ordnung** | **Mindestanzahl**  **§§ 5 u. 6**  **ständige**  **Tätigkeit;**  **Ultraschallkurse** | Klammer**Zeugnis aus dem die Erfüllung der Mindestzahlen ersichtlich wird.**  **(Weiterbildungszeugnis oder**  **Zeugnis des**  **Arbeitgebers)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AB 2.1**  Sonographie des Auges | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** Sonographien des Auges, davon **100** Untersuchungen zur Gewebedarstellung, **50** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen | **250** Sonographien des Auges, davon **150** Untersuchungen zur Gewebedarstellung, **75** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen |  |
| **AB 2.2**  Ultraschall-Biometrie des  Auges | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **50** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen | **75** Biometrien der Achsenlänge und **25** Hornhautdickenmessungen |  |
| **AB 3.1**  Nasennebenhöhlen - Sonographie | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** bzw. **50**  bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen AB | **100** bei A-Modus, **150** bei B-Modus bzw. **100** bei Nachweis im  B-Modus-Verfahren eines anderen **AB** |  |
| **AB 3.2**  Gesichts- und Halsweichteile  (einschl. Speicheldrüsen) | 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**  Belastungsechokardiographie,  Jugendliche,  Erwachsene | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 4.1** u. **100** | Anforderungen nach **AB 4.1** u. **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** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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 Retro-  peritoneum,  B-Modus,  **transkavitär**  (Rektum) | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | Anforderungen nach **AB 7.1** und  **25** B-Modus-Endosonographien (Rektum) | Anforderungen nach **AB 7.1** und  **25** B-Modus-Endosonographien (Rektum) 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** u. **150** |  |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | Klammer**Zeugnis aus dem die Erfüllung der Mindestzahlen ersichtlich wird.**  **(Weiterbildungszeugnis oder**  **Zeugnis des**  **Arbeitgebers)** |
| **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 Säuglings-hüfte), 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 12.1**  Haut, B-Modus | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **100** B-Modus-Sonographien  der Haut | **200** B-Modus-Sonographien  der Haut |  |
| **AB 12.2**  Subcutis und  subkutane Lymph-knoten, B-Modus | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **150** B-Modus-Sonographien der Haut und/oder  Subcutis | **150** B-Modus-Sonographien der Haut und/oder  Subcutis |  |
| **AB 20.1**  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-Dopplerverfahren eines anderen AB |  |
| **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** | Klammer**Zeugnis aus dem die Erfüllung der Mindestzahlen ersichtlich wird.**  **(Weiterbildungszeugnis oder**  **Zeugnis des**  **Arbeitgebers)** |
| **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-Dopplerverfahren eines anderen AB |  |
| **AB 20.4**  CW- oder  PW-Doppler –  Gefäße des  männlichen  Genitalsystems | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** bzw. **100** bei Nachweis im CW- und/oder PW-Dopplerverfahren eines anderen AB | **200** bzw. **100** bei Nachweis im CW- und/oder PW-Dopplerverfahren 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 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anwendungs-bereich (AB)** | **Durchführender oder**  **verantwortlicher Arzt bei institutioneller**  **Benennung im**  **interdisziplinären Team**  **(Vor-/Nachname)** | **Mindestanzahl**  **§ 4**  **Weiterbildungsordnung** | **Mindestanzahl**  **§§ 5 u. 6**  **ständige**  **Tätigkeit;**  **Ultraschallkurse** | Klammer**Zeugnis aus dem die Erfüllung der Mindestzahlen ersichtlich wird.**  **(Weiterbildungszeugnis oder**  **Zeugnis des**  **Arbeitgebers)** |
| **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** u. **100** | Anforderungen nach **AB 4.1** u. **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** |  |
| **Anwendungs-bereich (AB)** | **Durchführender oder**  **verantwortlicher Arzt bei institutioneller**  **Benennung im**  **interdisziplinären Team**  **(Vor-/Nachname)** | **Mindestanzahl**  **§ 4**  **Weiterbildungsordnung** | **Mindestanzahl**  **§§ 5 u. 6**  **ständige**  **Tätigkeit;**  **Ultraschallkurse** | **Zeugnis aus dem die Erfüllung der Mindestzahlen ersichtlich wird.**  **(Weiterbildungszeugnis oder**  **Zeugnis des**  **Arbeitgebers)** |
| **AB 23.1**  Duplex-Verfahren Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße | Vor-/Nachname 1. Arzt    Vor-/Nachname 2. Arzt    Vor-/Nachname 3. Arzt | **200** bzw. **150**  bei Nachweis eines anderen AB | **200** bzw. **150**  bei Nachweis eines anderen AB |  |



**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 den Langzeit-EKG-Untersuchungen 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**

**Diagnostische Radiologie: Allgemeine Röntgendiagnostik**

**(ohne Mammographie, interventionelle Radiologie, Vakuumbiopsie)**

**gemäß Abschnitt 34.2 EBM (Bei Abrechnung der GOP 13430, 13431 ebenfalls auszufüllen)**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL**  **Diagnostische Radiologie: Allgemeine Röntgendiagnostik**  (ohne Mammographie, interventionelle Radiologie, Vakuumbiopsie)  gemäß Abschnitt 34.2 EBM (Bei Abrechnung der GOP 13430, 13431 ebenfalls auszufüllen)  **1)** Anforderungen bei namentlicher Benennung   * Facharzturkunde Radiologie der Ärztekammer   **oder**   * Facharzturkunde der Ärztekammer mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung der allgemeinen Röntgendiagnostik umfasst   **und**   * Nachweis über die 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 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 den Leistungen der Allgemeinen Röntgendiagnostik 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: Computertomographie**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL**  **Computertomographie** (ohne CT-Bestrahlungsplanung)  gemäß GOP 34310-34351, 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 den 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**   * Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in einem Fachgebiet, nach der WBO oder Facharztbezeichnung mit Fortbildung zum Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Knochendichtemessungen   **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 04514-04518, 13421-13423  **1) Anforderungen bei namentlicher Benennung:**   * Facharzturkunde Innere Medizin und Gastroenterologie der Ärztekammer   **oder**   * Facharzturkunde Allgemeinchirurgie oder * Facharzturkunde Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie   **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)  1. **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. |  |

**\* 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, Vorname** | **Unterschrift** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |