Erweiterter Landesausschuss
nach § 116b SGB V in Sachsen

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

Die Anzeige ist zu richten an:

Erweiterter Landesausschuss
nach § 116b SGB V in Sachsen
Geschäftsstelle
Carl-Hamel-Str. 3
09116 Chemnitz

Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Konkretisierung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung **ab dem vollendeten 18. Lebensjahr,** bei denen eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie oder eine regelmäßige Transfusion von Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten oder eine andere krankheitsspezifische systemische medikamentöse Therapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf. Die Konkretisierung umfasst des Weiteren die Betreuung von Patientinnen und Patienten, die wegen eines Tumors des lymphatischen oder blutbildenden Gewebes eine Therapie erhalten haben und an einer Langzeitkomplikation/Spättoxizität leiden.

Zur Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung im Sinne der Richtlinie zählen Patientinnen und Patienten mit **folgenden Erkrankungen**:

C81.- Hodgkin-Lymphom (Lymphogranulomatose)
C82.- Follikuläres Lymphom
C83.- Nicht follikuläres Lymphom
C84- Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C85.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C86.- Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
C88.- Bösartige immunproliferative Krankheiten
C90.- Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
C91.- Lymphatische Leukämie
C92.- Myeloische Leukämie
C93.- Monozytenleukämie
C94.- Sonstige Leukämie näher bezeichneten Zelltyps
C95.- Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C96.- Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C45 Polycythaemia vera
C46.- Myelodysplastische Syndrome
D47.- Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
D55.- Anämie durch Enzymdefekt
D56.0 Alpha-Thalassämie
D56.1 Beta-Thalassämie
D56.2 Delta-Thalassämie
D56.8 Sonstige Thalassämien

D57.- Sichelzellenkrankheiten
E85.9 Amyloidose, nicht näher bezeichnet (Leichtketten-Amyloidose)

Nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese:
D59.- erworbene hämolytische Anämien
D60.- erworbene isolierte aplastische Anämien (Erythroblastopenie) (pure red cell aplasia)
D61.- Sonstige aplastische Anämien
D64.- sonstige Anämien

Nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten:
D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.4- Sonstige primäre Thrombozytopenie
D69.6- Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

Nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik:
D70.- Agranulozytose und Neutropenie
D71 Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten
D72.0 Genetisch bedingte Leukozytenanomalien

Hinweis:
Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, haben nach der ASV-Richtlinie ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemeinsam in einer Anzeige anzuzeigen.
Die örtliche Zuständigkeit des erweiterten Landesausschusses Sachsen ergibt sich aus dem Tätigkeitsort des Teamleiters.

Angaben zum Anzeigenden:

☐ **vertragsärztliche Tätigkeit** ☐ **Krankenhaus**

Name/ Einrichtung:

_____

Straße:

_____

PLZ, Ort:

_____

Telefon: Fax:

_____

E-Mail:

_____

Sofern vertragsärztliche Tätigkeit als Anzeigender
Die Anzeige wird eingereicht für:

☐ o. g. Vertragsarzt ☐ den angestellten Arzt,

Name:_____

Beigefügte Anlagen zur Anzeige (bitte ankreuzen):

☐ Anlage 1 Personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)

☐ Anlage 2 Sächliche und organisatorische Anforderungen

☐ Anlage 3 Erklärung zum Umgang mit personenbezogenen Daten

☐ Anlage 4 Nachweis von Mindestmengen

☐ Anlage 5 Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

☐ Anlage 6 Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen

☐ Kooperationsvereinbarungen zur Erfüllung der personellen/sächlichen/organisatorischen Voraussetzungen

☐ Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V

☐ sonstige Belege und Nachweise

Unterzeichnung (Anzeigensteller):

Mit der Teilnahmeberechtigung an der ASV werden Name und Leistungsort des Teamleiters sowie die entsprechende ASV-Indikation auf der Homepage des erweiterten Landesausschusses Sachsen veröffentlicht.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben, einschließlich der nachfolgenden Anlagen, wird bestätigt.

Datum:_____ Stempel/ Unterschrift:

Anlage 1 Personelle Anforderungen (interdisziplinäres Team)

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung erfolgt durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam, welches sich aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten bzw. Disziplinen zusammensetzt.

(sofern die unten aufgeführten Felder zur Eintragung nicht ausreichen, bitte entsprechende Anlage(n) beifügen)

Vertretungsfall:

Es empfiehlt sich, bereits bei Anzeigenstellung Vertreter für die Teammitglieder zu benennen und entsprechende Nachweise einzureichen.

☐ **Die Mitglieder des interdisziplinären Teams nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen teil.**

Matrix zur Übersicht der benötigten Facharztbereiche mit den entsprechend möglichen Funktionskonstellationen innerhalb des interdisziplinären Teams (die Teamleitung kann nur von einer Person besetzt sein):

Facharzt/Funktion im Team	Teamleiter	Kernteammitglied	hinzuzuziehender Facharzt
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	☐	☐	
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*		☐	
Strahlentherapie		☐	
Allgemeinchirurgie **und/oder** Viszeralchirurgie			☐ ☐
Anästhesiologie			☐
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde **und/oder** Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			☐ ☐
Haut- und Geschlechtskrankheiten			☐
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie			☐
Innere Medizin und Gastroenterologie			☐
Innere Medizin und Kardiologie			☐
Innere Medizin und Nephrologie			☐
Laboratoriumsmedizin			☐

Facharzt/Funktion im Team	Teamleiter	Kernteammitglied	hinzuzuziehender Facharzt
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie			☐
Neurologie			☐
Nuklearmedizin			☐
Pathologie			☐
Psychiatrie und Psychotherapie			☐
oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			☐
oder Psychologische(r) Psychotherapeut(in)			☐
oder Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)			☐
Radiologie			☐
Neurochirurgie (**fakultativ**)			☐
Transfusionsmedizin (**falkultativ**)			☐

Eine Fachärztin oder ein Facharzt im interdisziplinären Team muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen (bitte in u.a. Tabelle eintragen).

Titel, Vorname, Name, Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	LANR/BSNR des Vertragsarztes/IK des Krankenhauses	Funktion im Team
		☐ Teamleiter ☐ Kernteammitglied ☐ hinzuzuz. Fachärztin/ Facharzt

* Berechtigt zur Teilnahme im Kernteam sind neben Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie auch Fachärztinnen und Fachärzte im Fachgebiet Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen bis zum 31.12.2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte) seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

1.a) Angaben zum Kernteam (Tabelle bei Bedarf entspr. vervielfältigen)				
Fachgebietsbezeich-nung mit Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung	**Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift**	**LANR/BSNR des Vertragsarztes/ IK des Kranken-hauses**	**Funktion im Team**	**Nachweise sind beige-fügt**
			☐ Teamleiter	☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐

1.b) Angaben zu den hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzten (Tabelle bei Bedarf entspr. vervielfältigen)			
Titel, Vorname, Name Praxisanschrift/ Krankenhausanschrift	**LANR/BSNR des Vertragsarztes/ IK des Krankenhauses**	**Fachgebietsbezeichnung mit Schwerpunkt/ Zusatzweiterbildung**	**Nachweise sind beigefügt**
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

☐ Der Tätigkeitsort der hinzuzuziehenden Fachärztinnen/Fachärzte liegt für direkt am Patienten zu erbringende Leistungen in angemessener Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung.

2.) Anzeige der teilnehmenden Krankenhäuser (ggf. wiederholen)			
Genaue Bezeichnung			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			
			Nachweise sind beigefügt
Krankenhausnummer gem. dem Krankenhausplan des Freistaates Sachsen	Nr.:		
Es besteht eine Bestimmung nach § 116b Abs. 2 SGB V i. d. F. bis 31.12.2011 für den Leistungsbereich Tumoren des Auges.	Ja ☐	Nein ☐	☐
Die o.g. Alt-Bestimmung ist befristet bis zum _____	Ja ☐	Nein ☐	☐
Sofern bekannt: Die o.g. Alt-Bestimmung wird vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt aufgehoben zum _____			☐
Institutskennzeichen des Krankenhauses gem. § 108 SGB V:	IK:		

Wir bitten Sie, für jedes Mitglied des Kernteams sowie für die hinzuzuziehenden Fachärzte das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung/ bei Psychotherapeuten die Approbation und den Fachkundenachweis beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

3.) Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V
Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach Anlage 1.1 der ASV-Richtlinie ist der Abschluss einer ASV-Kooperation. Für die ASV-Versorgung bei onkologischen Erkrankungen ist eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor erforderlich. Es können auch mehrere ASV-Kooperationen eingegangen werden. Vertraglich vereinbarte Kooperationen zur Erfüllung der personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen gem. §§ 3 und 4 der ASV-Richtlinie sind hiervon unberührt.

☐ Es wurden eine oder mehrere Kooperationsvereinbarungen gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie abgeschlossen. Diese liegen der Anzeige in beglaubigter Abschrift bei.

Gegenstand der Kooperationsvereinbarung(en) ist insbesondere:

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

☐ Eine Kooperationsvereinbarung gem. § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V i.V.m. § 10 ASV-Richtlinie konnte nicht abgeschlossen werden, weil in meinem für die ASV relevanten Einzugsbereich

- ☐ kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist

  oder

- ☐ trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraumes von mindestens zwei Monaten kein geeigneter, zur Kooperation bereiter Leistungserbringer gefunden werden konnte.

Begründung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Anlage 2 Sächliche und organisatorische Voraussetzungen

1. Allgemeine sächliche und organisatorische Anforderungen:

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

☐ Barrierefreiheit wird gem. § 4 Absatz 2 Satz 3 der ASV-Richtlinie angestrebt.

2. Erkrankungsspezifische sächliche und organisatorische Anforderungen:

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:

- ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege (möglichst mit besonderen Kenntnissen in der Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten oder der Zusatzqualifikation onkologische Pflege)
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Palliativversorgung
- Physiotherapie
- Referenzpathologie
- soziale Dienste wie z.B. Sozialdienst oder vergleichbare Einrichtungen mit sozialen Beratungsangeboten
- Zahlheilkunde

Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung.

☐ Es besteht eine Zusammenarbeit mit der folgenden Fachdisziplin: Transfusionsmedizin, sofern diese Fachgruppe 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 bzw. Ärzte

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Die 24-Stunden-Notfallversorgung umfasst auch Notfall-Labor und im Notfall erforderliche bildgebende Diagnostik. Diese vorzuhaltenden Bereiche sind in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar.

☐ Die mit der Betreuung beauftragten Pflegefachkräfte besitzen mehrheitlich eine staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur onkologischen Pflege. Sofern die Regelungen einzelner Bundesländer diese Qualifikation nicht vorsehen, ist entsprechende Erfahrung vorzuweisen.

- ☐ Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages wird jede Patientin und jeder Patient mit einer onkologischen Erkrankung (bei Diagnosestellung vor Einleitung der Primär- oder Rezidivtherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams vorgestellt, in die alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen, mindestens die Fachdisziplinen des Kernteams, eingebunden sind. Ausnahmen hiervon sind in einer SOP (standard operating procedures) festgelegt. Die Teilnehmer und die Ergebnisse der interdisziplinären Tumorkonferenz werden dokumentiert.
- ☐ Der Patientin und dem Patienten wird das Ergebnis der Tumorkonferenz mit allen wesentlichen Aspekten zu Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartenden Folgen dargelegt.
- ☐ Die Diagnostik und Behandlungseinleitung erfolgen zeitnah.
- ☐ Es steht eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen auch für medikamentöse und transfusionsmedizinische Behandlungen ggf. auch für eine Behandlung am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung.
- ☐ Für immundefiziente Patientinnen und Patienten stehen geeignete Behandlungsmöglichkeiten und Räumlichkeiten zur Verfügung.
- ☐ Für die Untersuchung und Behandlung infektiöser Patientinnen und Patienten stehen gesonderte Räume ohne Kontakt zu anderen Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
- ☐ Es erfolgt eine qualitätsgesicherte Zubereitung der zur intravenösen Tumortherapie benötigten Wirkstoffe.
- ☐ Es wird eine ggf. tägliche Zubereitung und Entsorgung der tumorspezifischen intravenösen Therapeutika einschließlich der notwendigen Sicherungsmechanismen zum Ausschluss von Verwechslungen von Zytostatikalösungen oder Blutprodukten vorgehalten.
- ☐ Es werden Notfallpläne (SOP) und für Reanimation und sonstige Notfälle benötigte Geräte und Medikamente für typische Notfälle bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten bereitgehalten.
- ☐ Es besteht die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.
- ☐ Es sind stationäre Notfalloperationen möglich.
- ☐ 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.

3. Dokumentation

☐ 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. Dies gilt auch für die Leistungen der hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte.

☐ Es liegt eine Befund- und Behandlungsdokumentation vor, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah den Zugriff aller an der Behandlung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte des Kernteams ermöglicht.

☐ Die Befunde (einschließlich Diagnose nach ICD-10-GM inklusive des Kennzeichens zur Diagnosesicherheit, TNM-Status), die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Behandlungstages werden dokumentiert.

4. Tätigkeitsort der Teamleitung

(Angabe der Adresse des Tätigkeitsortes der Teamleitung)

Die Mitglieder des Kernteams bieten die Leistungen zu folgenden Zeiten (mindestens an einem Tag in der Woche) am oben angegebenen Ort (z.B. gemeinsame Sprechstunde) an:

1. Kernteammitglied Name:_____

☐Mo von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Di von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Mi von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Do von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Fr von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr

2. Kernteammitglied Name:_____

☐Mo von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Di von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Mi von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Do von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Fr von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr

3. Kernteammitglied Name:_____

☐Mo von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Di von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Mi von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Do von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Fr von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr

4. Kernteammitglied Name:_____

☐Mo von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Di von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Mi von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Do von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Fr von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr

5. Kernteammitglied Name:_____

☐Mo von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Di von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Mi von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Do von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr
☐Fr von_____Uhr bis_____Uhr und von_____Uhr bis_____Uhr

Dies gilt nicht für an immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial.

Folgende Leistungen werden nicht am Ort der Teamleitung erbracht:

Name des Leistungserbringers	Adresse des Leistungsortes	Leistung

5. Organisatorische Anforderungen:
Durch regelmäßig zu aktualisierende Nachweise wird sichergestellt, dass folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der beteiligten Disziplinen und zwischen den Leistungserbringern erfolgen:

Die Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Krankenhäuser verpflichten sich,

☐ a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern

und

☐ b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu für Krankenhäuser auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

Anlage 3 Erklärung zum Umgang mit personenbezogenen Daten

Name:_____

☐ Ich erkläre, dass ich mit der Einsichtnahme in sämtliche Inhalte meiner bei der KV Sachsen geführten Arztregistereintragung sowie zugehöriger Akten durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Sachsen zur Bearbeitung von ASV-Anzeigen einverstanden bin.

☐ Ich erkläre, dass ich mit der elektronischen Verarbeitung meiner mich betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anzeigebearbeitung aller Anzeigen und Überwachung des Fortbestehens der Anforderungen im Rahmen der ASV bei der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Sachsen für den Zeitraum der Anzeigenprüfung und meiner tatsächlichen Teilnahme an der ASV einverstanden bin. Ohne meine ausdrückliche Zustimmung dürfen keine Daten an Dritte weitergegeben werden. Die Löschung meiner Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Hinweis

Sollte kein Einverständnis über die elektronische Verarbeitung der personenbezogenen Daten vorliegen, sind mit jeder weiteren Anzeige alle Urkunden und sonstige Nachweise erneut vorzulegen.

Rechte

Es besteht jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die Verarbeitung der meine Person betreffenden personenbezogenen Daten sowie das Recht zur Berichtigung, zur Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Es kann jederzeit ohne Angaben von Gründen vom Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht werden und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses Sachsen übermittelt werden.

Es besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 12 00 16
01001 Dresden

_____ Stempel/Unterschrift

Ort, Datum

Anlage 4 Nachweis von Mindestmengen

4.a) Erforderliche Mindestmengen gemäß dieser Konkretisierung

Das Kernteam muss mindestens 90 Patientinnen bzw. Patienten der unter „1. Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Indikationsgruppen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Für die Berechnung der Mindestmenge ist die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeigenstellung maßgeblich, die zu der in dieser Konkretisierung näher bezeichneten Erkrankung zuzurechnen sind und von den Mitgliedern des Kernteams im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelt wurden.

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

Mindestens eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Ärztin bzw. Arzt (in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeigenstellung), darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 15 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung nachweisen.

Für die Berechnung der arztbezogenen Mindestmengen (120/70/15) ist die Summe aller im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung, der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder einer sonstigen, auch privat finanzierten Versorgungsform behandelten Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeigenstellung heranzuziehen.

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

In den zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeigenstellung beim erweiterten Landesausschuss müssen mindestens 50 Prozent der oben genannten Anzahlen von Patienten behandelt worden sein. Die Mindestbehandlungszahlen können im ersten Jahr der ASV-Berechtigung höchstens um 50 Prozent unterschritten werden.

4.b) Bestätigung der erforderlichen Mindestmengen in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen vor Anzeigenstellung

☐ **Der Teamleiter bestätigt die Erfüllung o. g. Mindestmenge des Kernteams.**

_____

Unterschrift Teamleiter

Anlage 5 Erklärungen zur Teilnahme an der ASV

- Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams unter Berücksichtigung des Facharztstatus persönlich getroffen.
- Ich bestätige, dass mir der Inhalt und die Bestimmungen der ASV-Richtlinie inklusive der Konkretisierung onkologischer Erkrankungen: Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges bekannt sind.
- Mir ist bekannt, dass mein ASV-Team sicherzustellen hat, dass die im konkreten Einzelfall jeweils erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb meines ASV-Teams zur Verfügung stehen.
- Mir ist bekannt, dass Anzeigepflicht gegenüber dem erweiterten Landesausschuss besteht,

  -bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der krankenhausrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V bzw. die Beendigung der Berechtigung, für die Erkrankung stationäre Leistungen zu erbringen.

  -bei Änderungen der Zusammensetzung des interdisziplinären Teams innerhalb von sieben Werktagen.

  -bei Benennung eines neuen Mitgliedes spätestens drei Werktage nach Ablauf von sechs Monaten nach Ausscheiden des Mitgliedes, sofern das ausscheidende Mitglied zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist und die Sicherstellung der Versorgung durch eine Vertretung bis zur Benennung eines neuen Mitgliedes zu erfolgen hat.
- Bei der Sicherstellung der Versorgung durch einen Vertreter ist zu gewährleisten, dass das vertretende Mitglied die in der Richtlinie zur ASV normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllt.
- Das vertretende Mitglied besitzt eine entsprechend gleichartige Qualifikation in Bezug auf den vertretenen Facharzt.
- Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie der Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses unverzüglich zu melden.
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung werden ausschließlich unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitgliedes des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Berücksichtigung des Facharztstandards einbezogen. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen werden durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nicht erbracht.
- Die Patienten erhalten bei Erstkontakt verständliche allgemeine Erläuterungen über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sowie eingehende Informationen über das interdisziplinäre Team und sein Leistungsspektrum.
- Nach Abschluss der Behandlung werden die Patienten schriftlich über die Ergebnisse der Behandlung und das weitere Vorgehen informiert.
- Mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird eine kontinuierliche Zusammenarbeit gewährleistet.
- Geeignete Patienten werden über nationale und internationale klinische Studien informiert; eine gewünschte Teilnahme wird unterstützt.

- Die Behandlung orientiert sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.

- Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen du therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a SGB V in Papierform. Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung und in der ASV zu informieren. Für die Voraussetzungen des Anspruchs der Patientin oder des Patienten auf Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des Medikationsplans, für Inhalt und Form des Medikationsplans sowie etwaige Informationspflichten der ASV-Berechtigten gegenüber der Hausärztin oder des Hausarztes der Patientin oder des Patienten gelten in der ASV die Vorgaben des § 29a des Bundesmantelvertrags-Ärzte in der am 01.01.2019 geltenden Fassung entsprechend.

- Zum Behandlungsumfang gehört auch die Verordnung von erkrankungsbezogenen digitalen Gesundheitsanwendungen.

- Sofern bei einem ASV-Berechtigten die technischen Voraussetzungen für die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans noch nicht vorliegen, hat der ASV-Berechtigte die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung eines Medikamentenplans zu informieren. Die Information über die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans soll auch an einen die Patientin oder den Patienten behandelnden Vertragsarzt (sofern vorhanden, den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt), der die technischen Voraussetzungen erfüllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese Informationsweitergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden Vertragsarzt.

- In der ASV können die Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt sowie digitale (z. B. von der elektronischen Gesundheitskarte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sofern der ASV-Berechtigte die jeweils relevanten (technischen) Voraussetzungen erfüllt.

- Es erfolgt die Beachtung der in den Richtlinien des G-BA festgelegten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

- Mir ist bekannt, dass ein Überweisungserfordernis durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt besteht. Nach zwei Quartalen ist eine erneute Überweisung erforderlich und möglich, sofern die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind. Für Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis. Die Überweisung kann auf Grund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese muss innerhalb eines Quartals in einer gesicherte Diagnose überführt werden.

- Mir ist bekannt dass, der erweiterte Landesausschuss berechtigt ist, einen an der ASV teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon 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 ASV weiterhin erfüllt werden.

Mit der Unterschrift wird erklärt, dass die Bedingungen zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anerkannt werden. Insbesondere werden die Einhaltung der o.g. Bedingungen bzw. die Erfüllung der o.g. Voraussetzungen versichert.

Mit der Unterschrift wird erklärt, dass alle Teammitglieder für die gesamte Dauer der ASV-Tätigkeit die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V erfüllen.

Alle Teammitglieder haben die Anzeige zur Kenntnis genommen und werden die ASV regelungskonform umsetzen. Der Anzeigensteller wird bei Anzeigenstellung von allen Teammitgliedern bevollmächtigt, als alleiniger Adressat Bescheide, die das ASV-Team betreffen, zu empfangen und im Namen der Teammitglieder Widerspruch zu erheben.

Der erweiterte Landesausschuss darf erforderliche Informationen zur Abrechnungslegitimation an autorisierte Stellen bspw. die ASV-Servicestelle weitergeben.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Anzeigensteller

_____
Unterschrift Teamleiter

Die Unterzeichner bestätigen die Einhaltung der in der Anlage 5 des Anzeigenformulars (Erklärungen zur Teilnahme an der ASV) aufgeführten Regelungen.

Bestätigung der Kernteammitglieder:

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift Mitglied Kernteam

Die Unterzeichner bestätigen die Einhaltung der in der Anlage 5 des Anzeigenformulars (Erklärungen zur Teilnahme an der ASV) aufgeführten Regelungen.

Bestätigung der hinzuzuziehenden Fachärzte:

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt
_____	_____	_____
Ort, Datum	Name in Blockbuchstaben	Unterschrift hinzuzuziehender Facharzt

Anlage 6 Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen

In der nachfolgenden Matrix sind die erforderlichen Qualitätssicherungsvereinbarungen je Arztgruppe für das interdisziplinäre Team mit entsprechenden Ankreuzfeldern hinterlegt.
Die Checklisten für die erforderlichen Nachweise befinden sich nachfolgend. Sie sind entsprechend den Matrizen pro Teammitglied beizufügen.

Qualitätssicherungs-vereinbarung	**Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**	**Strahlentherapie**	**Allgemeinchirurgie**	**Anästhesiologie**	**Hals-Nasen-Ohrenheil-kunde**	**Haut- und Geschlechts-krankheiten**	**Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**	**Innere Medizin und Gastroenterologie**	**Innere Medizin und Kardiologie**	**Innere Medizin und Nephrologie**	**Laboratoriumsmedizin**	**Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemi-ologie**	**Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie**	**Neurochirurgie**	**Neurologie**	**Nuklearmedizin**	**Pathologie**	**Radiologie**	**Transfusionsmedizin**	**Viszeralchirurgie**
ambulantes Operieren																				
Koloskopie			☐					☐												☐
Spezial-Labor											☐	☐								
Ultraschall, je nach Anwendungsbe-reich/GOP	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐			☐		☐
Diagnostische Radio-logie			☐		☐			☐					☐					☐		☐
Computertomographie		☐												☐	☐			☐		
Kernspintomographie																		☐		
Langzeit-EKG							☐	☐	☐	☐										
MR-Angiographie																		☐		

Erweiterter Landesausschuss nach § 116b SGB V in Sachsen

Qualitätssicherungs-vereinbarung	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Allgemeinchirurgie	Anästhesiologie	Hals-Nasen-Ohrenheil-kunde	Haut- und Geschlechts-krankheiten	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	Innere Medizin und Kardiologie	Innere Medizin und Nephrologie	Laboratoriumsmedizin	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemi-ologie	Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Pathologie	Radiologie	Transfusionsmedizin	Viszeralchirurgie
Schmerztherapie	☐			☐																
Nuklearmedizin																☐				
Strahlentherapie		☐																		
Interventionelle Radi-ologie																		☐		
PET/ PET-CT																☐		☐		
Invasive Kardiologie									☐											
Rhythmusimplantat-kontrolle									☐											

ß

Allgemeine Informationen zum Nachweisverfahren im Rahmen der Prüfung der Qualitätssicherungsvereinbarungen

Die Qualitätssicherungsvereinbarungen stehen unter www.erweiterter-landesausschuss-sachsen.de zum Download bereit.

Um eine sachgerechte Prüfung der Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarungen durchführen zu können, die für die Erlangung der ASV-Berechtigung essentiell ist, müssen die entsprechenden Nachweise arztbezogen erbracht werden. Zur Prüfung der spezifischen Anforderungen muss eine eindeutige Zuordnung vorgenommen werden, welche Ärzte im Team welche im Appendix verankerten Leistungen erbringen sollen. **Jedes Teammitglied** muss die vorgegebenen Voraussetzungen für die entsprechenden Leistungen, die durch dieses Teammitglied erbracht werden sollen, nachweisen.

Sofern Unterlagen/ Zeugnisse/ sonstige Belege und/ oder Nachweise gefordert sind, sind diese **tatsächlich beizubringen**. Ein bloßes Ankreuzen der Checklisten ist nicht ausreichend.

Bei der Forderung der Vorlage von ärztlichen Dokumentationen (bildlich/schriftlich) ist diesen eine Bestätigung über die inhaltliche und formale Korrektheit eines zur Weiterbildung befugten Arztes in dem entsprechenden Bereich bzw. eines Arztes aus der zuständigen Fachkommission der KV Sachsen hinzuzufügen. Die Weiterbildungsbefugnis ist ebenfalls entsprechend nachzuweisen.

Für den Nachweis zur Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall kann die Bestätigung über die fachlich inhaltliche Korrektheit der ärztlichen Dokumentationen auch von einem Arzt vorgenommen werden, der mindestens die Zertifizierung nach DEGUM-Stufe II in dem jeweiligen Fachgebiet besitzt. Die Zertifizierung ist entsprechend nachzuweisen.

Sofern die Behandlung der dokumentierten Patienten unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes gefordert war, ist dies ebenfalls durch eine Bestätigung über die inhaltliche und formale Korrektheit eines zur Weiterbildung befugten Arztes in dem entsprechenden Bereich bzw. eines Arztes aus der zuständigen Fachkommission der KV Sachsen nachzuweisen. Die Weiterbildungsbefugnis ist ebenfalls entsprechend nachzuweisen.

Für den Nachweis zur Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall kann die Bestätigung der Ausführung der Behandlung unter Anleitung auch von einem Arzt vorgenommen werden, der mindestens die Zertifizierung nach DEGUM-Stufe II in dem jeweiligen Fachgebiet innehat. Die Zertifizierung ist entsprechend nachzuweisen.

Sofern zur Bestätigung der fachlichen Befähigung der Nachweis über ein erfolgreich absolviertes Kolloquium gefordert ist, erkennt der erweiterte Landesausschuss Sachsen insbesondere entsprechende Bestätigungen eines für den entsprechenden Qualitätssicherungsbereich, Organbereich oder Anwendungsbereich zur Weiterbildung befugten Arztes bzw. Bestätigungen von Ärzten der zuständigen Fachkommissionen der KV Sachsen an. Die Weiterbildungsbefugnis des entsprechenden Arztes ist nachzuweisen. Für den Nachweis zur Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall erkennt der erweiterte Landesausschuss Sachsen auch die Bestätigung eines Arztes an, der mindestens die Zertifizierung nach DEGUM-Stufe II in dem jeweiligen Fachgebiet besitzt. Die Zertifizierung ist entsprechend nachzuweisen.

Gemäß § 4a ASV-Richtlinie gelten die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei namentlicher Benennung der Teammitglieder auch als erfüllt, wenn dem ASV-Berechtigten für die jeweilige Leistung eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2 SGB V erteilt wurde **oder** der ASV-Berechtigte über eine Befugnis zur Weiterbildung für eine in der jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderung im Anhang zu § 4a benannte Facharztbezeichnung, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung verfügt und die jeweilige Leistung bzw. Leistungen des Leistungsbereiches von dem ASV-Berechtigten erbracht werden **oder** der ASV-Berechtigte die im leistungsspezifischen Anhang benannte Leistung in einer Einrichtung erbringt, welche die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gem. § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt.

Bei Beifügen der Erklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister der KV Sachsen und in die Akten der Geschäftsstelle des eLA (Anlage 3) werden die dort hinterlegten Eintragungen bzw. vorliegenden Unterlagen hinsichtlich fachlicher Befähigung und/oder apparativer Ausstattung den eingereichten Anzeigenunterlagen zur Prüfung zugezogen, sofern diese für die angezeigte Indikation relevant sind.

6.0 Hinweise zu fachgruppenspezifischen Voraussetzungen des Appendix i. V. m. § 135 Absatz 2 SGB V

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Die GOP 09316 (Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL) ist nur durch den Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde im Team erbringbar. Um die GOP 09316 erbringen zu können, muss der Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), auf dem der Appendix basiert, zusätzlich die Voraussetzungen zur Erbringung der GOPen 34240 und 34241 erfüllen, welche der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie, hier: diagnostische Radiologie, unterliegen (siehe Anlage 6.4). Die Erbringung der radiologischen Leistung kann auch über die Kooperation im Team abgedeckt sein.

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Die GOPen 13430, 13431 (Zusatzpauschalen bilio-pankreatische Diagnostik und Therapie) sind nur durch den Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie im Team erbringbar. Um die GOPen 13430, 13431 erbringen zu können, muss der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie gemäß EBM zusätzlich die Voraussetzungen zur Erbringung der GOP 34280 erfüllen, welche der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie, hier: diagnostische Radiologie, unterliegt (siehe Anlage 6.5). Die Erbringung der radiologischen Leistung kann auch über die Kooperation im Team abgedeckt sein.

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

Die GOP 13545 (Zusatzpauschale Kardiologie) ist nur durch den Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie im Team erbringbar. Um die GOP 13545 erbringen zu können, muss der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie gemäß EBM zusätzlich die Voraussetzungen folgender Anwendungsbereiche und -klassen der Ultraschallvereinbarung (siehe Anlage 6.3) **und** die Qualitätssicherungsvereinbarung zum Langzeit-EKG (siehe Anlage 6.7) erfüllen.

	Voraussetzungen Ultraschall der GOP 13545	
mind. eine AK/AB-Kombination muss erfüllt sein	AB 21.1	AK 21.7
	AB 21.2	AK 21.8
mind. eine AK/AB-Kombination muss erfüllt sein	AB 21.1	AK 21.1
	AB 21.1	AK 21.3
	AB 21.2	AK 21.5
	AB 21.2	AK 21.6
mind. eine AK/AB-Kombination muss erfüllt sein	AB 4.1	AK 4.1

6.1 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

→ Allgemeine Voraussetzungen nach §§ 4 und 5

Die Nachweisführung zur Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren ist in allgemeine Voraussetzungen nach §§ 4 und 5 und spezifische Voraussetzungen nach § 6 gegliedert. Die Bestätigung erfolgt standortbezogen, d. h. pro Krankenhaus, pro MVZ, pro Arztpraxis etc. für alle dort tätigen Teammitglieder einmalig bei Anzeigenstellung. Für im späteren Verlauf neu zum ASV-Team hinzutretende Standorte, sind separate Bestätigungen einzureichen.

Standort:_____

Anforderungen an die organisatorischen und hygienischen Voraussetzungen

Die Erfüllung folgender organisatorischer Voraussetzungen wird bestätigt:

- ☐ ständige Erreichbarkeit der Einrichtung/des Operateurs/behandelnden Arztes
- ☐ Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den Eingriff und ggf. notwendige Anästhesie
- ☐ geregelter Informations- und Dokumentationsfluss zwischen beteiligten Ärzten
- ☐ sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur bzw. behandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein
- ☐ geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen
- ☐ Folgende Voraussetzungen müssen in der Einrichtung, welche Eingriffe gem. § 115b SGB V durchführt, vorhanden sein:

  Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan

  regelmäßige Teilnahme des Personals an Fortbildungen im Notfall-Management

  Durchführung geeigneter Reanimationsmaßnahmen

  Notfallversorgung

- ☐ Ist bei Eingriffen gem. § 115b SGB V ärztliche Assistenz gefordert, ist sicherzustellen, dass der Assistent über die erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügt. Ist keine ärztliche Assistenz gefordert, muss mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als med. Fachangestellte anwesend sein. Weiterhin muss eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft), sowie, falls notwendig, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend sein.

Die Erfüllung folgender hygienischer Voraussetzungen wird bestätigt:

- ☐ Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- ☐ sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- ☐ Dokumentationen über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz
- ☐ Hygieneplan nach Infektionsschutzgesetz

6.1.1 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

→ Spezifische Voraussetzungen nach § 6

Kleinere invasive Eingriffe:

GOP 02320 (Einführung einer Magenverweilsonde)
GOP 02321 (Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters)
GOP 30601 (Zuschlag zur GOP 30600 für die Polypenentfernung(en))
GOP 34290 (Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen)
GOP 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie)
GOP 34292 (Zuschlag zur GOP 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent))
GOP 34298 (Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve)
GOP 34504 (CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en))
GOP 34505 (CT-gesteuerte Intervention(en))

Standort:_____

☐ Die Erfüllung folgender räumlicher und apparativ-technischer Voraussetzungen wird bestätigt:

A. Räumliche Ausstattung	
Eingriffsraum	x
Personalumkleidebereich mit Waschbecken u. Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion	getrennt vom Eingriffsraum
Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial	x
Ruheraum für Patienten	ggf.
Umkleidebereich f. Patienten	ggf.
B. Apparativ-technische Voraussetzungen	
I. Eingriffsraum	x
Raumoberflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen v. betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag	x
II. Wascheinrichtung	x
Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion	x
III. Instrumentarium u. Geräte abhängig von Art und Schwere des Eingriffs u. Gesundheitszustand des Patienten	
Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung	x

Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung	x
Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten	x
Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden.)	x
IV. Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial abhängig von Art und Schwere des Eingriffs u. Gesundheitszustand des Patienten	
Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung	x
Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann	x
Infusionslösungen, Verbands- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial	x

6.1.2 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

→ Spezifische Voraussetzungen nach § 6

Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen:

GOP 02342 (Lumbalpunktion)
GOP 02344 (perkutante Biopsie)
GOP 34283 (Serienangiographie)
GOP 34284 (Zuschlag Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße)
GOP 34285 (Zuschlag Selektive Darstellung anderer Gefäße
GOP 34286 (Zuschlag Intervention)
GOP 34287 (Zuschlag Verwendung eines C-Bogens)
GOP 34294 (Phlebographie)
GOP 34295 (Zuschlag Phlebologie)
GOP 34296 (Phlebographie des Brust- und/ oder Bauchraumes)

Standort:_____

☐ Die Erfüllung folgender räumlicher und apparativ-technischer Voraussetzungen wird bestätigt:

Anforderungen	
A. Räumliche Ausstattung	
Untersuchungs-/Behandlungsraum	x
B. Apparativ-technische Voraussetzungen	
I. Untersuchungs-/Behandlungsraum	x
Raumoberflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen v. betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag	x
II. Wascheinrichtung	x
Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur hygienischen Händedesinfektion	x
III. Instrumentarium u. Geräte abhängig von Art und Schwere des Eingriffs u. Gesundheitszustand des Patienten	
Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung	ggf.
Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung	x
IV. Arzneimittel abhängig von Art und Schwere des Eingriffs u. Gesundheitszustand des Patienten	
Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung	x

6.1.3 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

→ Spezifische Voraussetzungen nach § 6

Endoskopien:

GOP 09312 (Schwebe- oder Stützlaryngoskopie)
GOP 09314 (Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen)
GOP 09315 (Bronchoskopie)
GOP 09317 (Ösophagoskopie)
GOP 09318 (Videostroboskopie)
GOP 09329 (Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung)
GOP 13401 (Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400)
GOP 13402 (Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der GOP 13400)
GOP 13410 (Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung)
GOP 13411 (Einsetzen einer Ösophagusprothese)
GOP 13412 (Perkutane Gastrostomie)
GOP 13421 (Zusatzpauschale Koloskopie)
GOP 13422 (Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie)
GOP 13423 (Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOP 13421 und 13422)
GOP 13430 (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik)
GOP 13431 (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie)
GOP 30600 (Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie)

Standort:_____

☐ Die Erfüllung folgender räumlicher und apparativ-technischer Voraussetzungen wird bestätigt:

Anforderungen	
A. Räumliche Ausstattung	
Untersuchungsraum	x
Personalumkleideraum und Personalaufenthaltsraum	ggf.
Getrennte Toiletten für Patienten und Personal	x
Aufbereitungsraum mit Gewährleistung einer arbeitstechnischen Trennung zwischen reiner und unreiner Zone und Putzmittel-/Entsorgungsraum; Kombination dieser Räume ist möglich	x
Warte-, Vorbereitungs- und Überwachungszonen/-räume für Patienten	x

B. Apparativ-technische Voraussetzungen	
I. Untersuchungsraum	x
Raumoberflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen v. betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein	x
Hygienischer Händewaschplatz	x
II. Aufbereitungsraum	x
Hygienischer Händewaschplatz	x
Raumoberflächen (z.B. Fußboden, Wandbelag), Oberflächen v. betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein	x
Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der verwendeten Desinfektionsmittel (Chemikalien-/Feuchtlastentlüftung)	x
Ausgussbecken für abgesaugtes organisches Material (unreine Zone)	x
III. Instrumentarium u. Geräte abhängig von Art und Schwere des Eingriffs u. Gesundheitszustand des Patienten	
Die Anzahl vorzuhaltender Endoskope, endoskopischer Zusatzinstrumentarien (z.B. Biopsiezangen, Polypektomieschlingen) und Geräte zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopen hängt vom Untersuchungsspektrum, der Untersuchungfrequenz, Anzahl und Ausbildungsstand der endoskopierenden Ärzte, Verschleiß der Geräte, Notfalldienst und dem Zeitbedarf für die korrekte hygienische Aufbereitung ab.	x
Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung	ggf.
Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung	x
IV. Arzneimittel abhängig von Art und Schwere des Eingriffs u. Gesundheitszustand des Patienten	
Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung	x
Für Röntgenuntersuchungen (z.B. im Rahmen einer ERCP) gelten bes. Anforderungen des Strahlenschutzes	x

6.2 Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie)

Checkliste: Koloskopische Leistungen (präventive und kurative Koloskopie; Polypektomie)

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Die beigefügten Zeugnisse, die vom zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind, müssen die in § 9 Absatz 1 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung aufgeführten Angaben enthalten.

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Innere Medizin und Gastroenterologie** oder Facharzturkunde **Innere Medizin** und Urkunde zur Schwerpunktbezeichnung **Gastroenterologie** der Ärztekammer

oder

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Allgemeinchirurgie** oder **Viszeralchirurgie** und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht

und

☐ Vorlage eines Zeugnisses über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von

-**200** Koloskopien und **50** Polypektomien **unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes in dem entsprechenden Gebiet innerhalb von zwei Jahren** vor Anzeigenstellung

2. Anforderungen an die Hygienequalität

☐ Es werden regelmäßige, geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope durchgeführt. Diese erfolgen durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Hygiene- und Umweltmedizin oder einen Facharzt bzw. Fachärztin mit Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene.

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.3 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor)

Checkliste: Spezial-Labor (Kapitel 32.3 des EBM)

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Laboratoriumsmedizin** der Ärztekammer als Nachweis der fachlichen Befähigung für alle Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM

oder

☐ Vorlage der Facharzturkunde für **Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** der Ärztekammer als Nachweis der fachlichen Befähigung blutgruppenserologische, mikroskopische, immunologische, infektionsimmunologische, parasitologische, mykologische, bakteriologische und/oder virologische Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

☐ In der Praxis ist ein vorschriftsmäßiger und den Laborhygienevorschriften entsprechender Arbeitsplatz / Labor vorhanden, wo die beantragten Laborleistungen des Kapitels 32.3 ordnungsgemäß ausgeführt werden können.

3. organisatorische/laufende Anforderungen

☐ Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) sowie die zugehörigen einschlägigen Bestimmungen werden eingehalten.

☐ Insbesondere folgende Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen werden eingehalten:

-Vorhalten eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems

-die angebotenen Verfahren und Analysen unterliegen einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung

-die angebotenen Leistungen werden von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchgeführt

-der Arzt erklärt sich zur regelmäßigen Teilnahme an Ringversuchen bezüglich der Leistungen für die eine Ringversuchspflicht besteht, bereit

☐ Der Arzt erklärt sich zur Teilnahme an der Nachweisführung zur internen Qualitätssicherung, vgl. § 5 Abs. 1 QSV Spezial-Labor, innerhalb der ersten 12 Monate nach Beginn der Teilnahme an der ASV bereit.

☐ Der Arzt erklärt sich zur Teilnahme an den stichprobenhaften Überprüfungen der Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer an die interne und externe Qualitätssicherung, vgl. § 5 Abs.3 QSV Spezial-Labor, bereit.

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.4 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung)

Checkliste: Ultraschall-Vereinbarung

Besonderheit: Zum Nachweis der Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall ist sowohl die Checkliste als auch die entsprechende Anlage pro Teammitglied, welches Ultraschallleistungen im Rahmen der ASV erbringen soll, beizufügen.

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Alt. 1: Erwerb der fachlichen Befähigung nach **Weiterbildungsordnung (§ 4 der Ultraschallvereinbarung)**

☐ Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung (Die geforderten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten wurden betreffend die beantragten Anwendungsbereiche im Rahmen der Weiterbildung erworben und können durch entsprechende Zeugnisse belegt werden.)

☐ Vorlage eines Zeugnisses über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen **unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes in dem entsprechenden Gebiet nach § 8 Bst. b) der Ultraschallvereinbarung oder eines qualifizierten Arztes gem. § 8 der Ultraschallvereinbarung je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 3 USV)

oder

Alt. 2: Erwerb der fachlichen Befähigung in einer **ständigen Tätigkeit (§5 der Ultraschallvereinbarung)**

☐ Vorlage eines Zeugnisses über eine mindestens **18-monatige ganztägige Tätigkeit oder entsprechende Teilzeit** in einem Fachgebiet, dessen Kerngebiet den beantragten Anwendungsbereich bzw. das jeweilige Organ/die jeweilige Körperregion umfasst

☐ Vorlage eines Zeugnisses über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen **unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes in dem entsprechenden Gebiet nach § 8 Bst. b) der Ultraschallvereinbarung oder eines qualifizierten Arztes gem. § 8 der Ultraschallvereinbarung je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 4 USV)

☐ Vorlage eines Nachweises, dass ein Kolloquium für die beantragten Anwendungsbereiche erfolgreich absolviert wurde

oder

Alt. 3: Erwerb der fachlichen Befähigung durch **Ultraschallkurse (§§ 6 und 7 der Ultraschallvereinbarung)**

☐ Vorlage der **Zertifikate/Teilnahmebescheinigungen** über die erfolgreiche Teilnahme an Ultraschallkursen nach § 6 Abs. 1 Buchst. b USV (Grund-, Aufbau-, und Abschlusskurs). Der Abschlusskurs sowie der Aufbaukurs können als zusammenhängender Kurs oder in einzelnen Modulen durchgeführt werden. Für die einzelnen Module oder für alle Module zusammen sind die entsprechenden Zertifikate vorzulegen. Der Aufbaukurs kann zudem durch eine mindestens 4-wöchige ständige Tätigkeit ersetzt werden, die unter Anleitung eines nach § 8 Buchst. b oder c qualifizierten Arztes durchgeführt wird.

☐ Vorlage eines Zeugnisses über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen **unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes in dem entsprechenden Gebiet nach § 8 Bst. b) der Ultraschallvereinbarung oder eines qualifizierten Arztes gem. § 8 der Ultraschallvereinbarung je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 4 USV)

☐ Vorlage eines Nachweises, dass ein Kolloquium für die beantragten Anwendungsbereiche erfolgreich absolviert wurde

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.

☐ Es wird versichert, dass das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme mit Schallköpfen die Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 i.V.m. Anlage III der Ultraschallvereinbarung erfüllen.

☐ Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird versichert, dass die Dokumentation des Herstellers oder Vertreibers Angaben für Endosonographieschallköpfe zur fachgerechten Aufbereitung mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung enthält. Der Nachweis der Wirksamkeit der Methoden zur Aufbereitung ist seitens des Herstellers oder Vertreibers durch ein Gutachten belegt.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

3. Laufende Anforderungen:

☐ der Arzt erklärt sich zur Teilnahme an den stichprobenhaften Überprüfungen der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen zu abgerechneten Ultraschalluntersuchungen, vgl. § 11 USV, bereit

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33010	AB 3.1	Nasennebenhöhlen (A- und/oder B-Mode)	☐ s. Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.1	Nasennebenhöhlen, A-Mode	Schallkopf muss hinreichend klein sein ≥ 3MHz	☐
						AK 3.2	Nasennebenhöhlen, B-Mode	Linear-Array ≥ 5MHz	☐
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	GOP	AB	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4 (bitte ankreuzen)	Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7 (bitte ankreuzen)	AK	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9	Nachweise sind beigefügt
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐
		12. Haut und Subcutis							
☐	33080	AB 12.1	Haut, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.1	Haut einschl. Subkutis, B-Mode	Spezieller Schallkopf, ≥20MHz	☐
		AB 12.2	Subcutis u. subcutane Lymphknoten, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten), B-Mode	Linear-Array, ≥7,5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33063	AB 20.5	PW-Doppler intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.5	PW-Doppler intrakranielle Gefäße	PW-Sonde und/ oder Sektor-Phased-Array, ggf. Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, ≥ 1MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33071	AB 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Sektor-Phased-Array, und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, B-Bild ≥2MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		23. Doppler Nerven und Muskeln							
☐	33100	AB 23.1	Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 23.1	Nerven und Muskeln, B-Modus und ggf. Farbduplex	Linear-Array, bei tiefliegenden Nerven und Muskeln ggf. Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild und Farbduplex, oberflächennahe Nerven und Muskeln ≥15MHz; tiefliegende Nerven und Muskeln ≥5MHz	☐

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33010	AB 3.1	Nasennebenhöhlen (A- und/oder B-Mode)	☐ s. Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.1	Nasennebenhöhlen, A-Mode	Schallkopf muss hinreichend klein sein ≥ 3MHz	☐
						AK 3.2	Nasennebenhöhlen, B-Mode	Linear-Array ≥ 5MHz	☐
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		12. Haut und Subcutis							
☐	33080	AB 12.1	Haut, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.1	Haut einschl. Subkutis, B-Mode	Spezieller Schallkopf, ≥20MHz	☐
		AB 12.2	Subcutis u. subcutane Lymphknoten, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten), B-Mode	Linear-Array, ≥7,5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐

Erweiterter Landesausschuss
nach § 116b SGB V in Sachsen

FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33010	AB 3.1	Nasennebenhöhlen (A- und/oder B-Mode)	☐ s. Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.1	Nasennebenhöhlen, A-Mode	Schallkopf muss hinreichend klein sein ≥ 3MHz	☐
						AK 3.2	Nasennebenhöhlen, B-Mode	Linear-Array ≥ 5MHz	☐
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		12. Haut und Subcutis							
☐	33080	AB 12.1	Haut, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.1	Haut einschl. Subkutis, B-Mode	Spezieller Schallkopf, ≥20MHz	☐
		AB 12.2	Subcutis u. subcutane Lymphknoten, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten), B-Mode	Linear-Array, ≥7,5MHz	☐

FA für Radiologie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Radiologie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33010	AB 3.1	Nasennebenhöhlen (A- und/oder B-Mode)	☐ s. Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.1	Nasennebenhöhlen, A-Mode	Schallkopf muss hinreichend klein sein ≥ 3MHz	☐
						AK 3.2	Nasennebenhöhlen, B-Mode	Linear-Array ≥ 5MHz	☐
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	GOP	AB	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4 (bitte ankreuzen)	Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7 (bitte ankreuzen)	AK	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9	Nachweise sind beigefügt
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	GOP	AB	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4 (bitte ankreuzen)	Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7 (bitte ankreuzen)	AK	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9	Nachweise sind beigefügt
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐
		12. Haut und Subcutis							
☐	33080	AB 12.1	Haut, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.1	Haut einschl. Subkutis, B-Mode	Spezieller Schallkopf, ≥20MHz	☐
		AB 12.2	Subcutis u. subcutane Lymphknoten, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten), B-Mode	Linear-Array, ≥7,5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33063	AB 20.5	PW-Doppler intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.5	PW-Doppler intrakranielle Gefäße	PW-Sonde und/ oder Sektor-Phased-Array, ggf. Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, ≥ 1MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
								Lage und Größe des Gefäßes angepasst	
☐	33071	AB 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Sektor-Phased-Array, und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, B-Bild ≥2MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		23. Doppler Nerven und Muskeln							
☐	33100	AB 23.1	Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 23.1	Nerven und Muskeln, B-Modus und ggf. Farbduplex	Linear-Array, bei tiefliegenden Nerven und Muskeln ggf. Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild und Farbduplex, oberflächennahe Nerven und Muskeln ≥15MHz; tiefliegende Nerven und Muskeln ≥5MHz	☐

FA für Allgemeinchirurgie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Allgemeinchirurgie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	GOP	AB	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4 (bitte ankreuzen)	Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7 (bitte ankreuzen)	AK	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9	Nachweise sind beigefügt
								transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐
		12. Haut und Subcutis							
☐	33080	AB 12.1	Haut, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.1	Haut einschl. Subkutis, B-Mode	Spezieller Schallkopf, ≥20MHz	☐
		AB 12.2	Subcutis u. subcutane Lymphknoten, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten), B-Mode	Linear-Array, ≥7,5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐
		12. Haut und Subcutis							
☐	33080	AB 12.1	Haut, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.1	Haut einschl. Subkutis, B-Mode	Spezieller Schallkopf, ≥20MHz	☐
		AB 12.2	Subcutis u. subcutane Lymphknoten, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten), B-Mode	Linear-Array, ≥7,5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
								transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
☐		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
								Lage und Größe des Gefäßes angepasst	
☐	33074	AB 20.11	Duplex- Gefäße des weiblichen Genitalsystems	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.10	Duplex- Gefäße des weiblichen Genitalsystems, ggf. incl. Farbe	Spezieller Schallkopf für Endodiagnostik (Vaginalsonde), B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

FA für Innere Medizin und Gastroenterologie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	GOP	AB	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4 (bitte ankreuzen)	Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7 (bitte ankreuzen)	AK	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9	Nachweise sind beigefügt
								transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
								Lage und Größe des Gefäßes angepasst	
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

FA für Innere Medizin und Kardiologie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		4. Herz und herznahe Gefäße							
☐	33020	AB 4.1	Echokardiographie Jugendl./ Erwachs. transtkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 4.1	Echokardiographie transkutan Jugendl./ Erwachs.; B/M – Mode	Sektor-Phased-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, ≥3 MHz	☐
☐	33030	AB 4.5	Belastungsechokardiographie Jugendl./ Erwachs.	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 4.5 k	Belastungsecho. physikalisch Jugendl./ Erwachs.	Sektor-Phased-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, ≥ 2 MHz	☐
								Der Nachweis des Vorhandenseins eines Kippliegeergometers liegt bei.	☐
☐	33031					AK 4.5 p	Belastungsecho. pharmakologisch Jugendl./ Erwachs.	Sektor-Phased-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm. ≥ 2 MHz	☐

☐	33046	-	-	-	-	AK 4.5p AK 4.5k AK 4.6p AK 4.6k	Zuschlag Echokardiographie mit Kontrastmittelein-bringung	-	☐
		21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße							
☐	33021	AB 21.1	Doppler-Echo incl. Duplex. transkutan - Jugendl./ Erwachs.	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 21.1	CW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transkutan	CW-Sonde, ≥ 1,9 MHz	☐
						AK 21.3	PW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transkutan	Sektor-Phased-Array ggf. Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, ≥2 MHz	☐
☐	33022					AK 21.7	Farbduplex Herz- u. herznahe Gefäße, transkutan	Sektor-Phased-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, B-Bild ≥3 MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 21.1 AK 21.3 AK 21.7	Zuschlag Echokardiographie mit Kontrastmittelein-bringung	-	☐
☐	33021	AB 21.2	Doppler-Echo incl. Duplex–transoesophageal - Jugendl./ Erwachs.	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 21.5	CW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	Spezieller Schallkopf für Endodiagnostik (TEE-Schallkopf), ≥3 MHz	☐
						AK 21.6	PW-Doppler Herz- u. herznahe Gefäße, transoesophageal	Spezieller Schallkopf für Endodiagnostik (TEE-Schallkopf), ≥3 MHz	☐
☐	33022					AK 21.8	Farbduplex Herz-u. herznahe Gefäße, transoesophageal	Spezieller Schallkopf für Endodiagnostik (TEE-Schallkopf), B-Bild ≥5 MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33023	-	-	-	-	AK 21.5	Zuschlag zu den GOP 04410, 13545, 13550, 33020 bis	Spezieller Schallkopf für Endodiagnostik (TEE Schallkopf),	☐

							33022 bei transoesophagealer Durchführung	≥3 MHz	
						AK 21.6		Spezieller Schallkopf für Endodiagnostik (TEE Schallkopf), ≥3 MHz	☐
						AK 21.8		Spezieller Schallkopf für Endodiagnostik (TEE-Schallkopf), B-Bild ≥5 MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 21.2 AK 21.4 AK 21.5 AK 21.6 AK 21.7 AK 21.8	Zuschlag Echokardiographie mit Kontrastmittelein-bringung	-	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder	☐

								transtracheale/trans-bronchiale Endodiag-nostik, ≥7,5 MHz	
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomen-sonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐

		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

FA für Innere Medizin und Nephrologie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	GOP	AB	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4 (bitte ankreuzen)	Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7 (bitte ankreuzen)	AK	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9	Nachweise sind beigefügt
								transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		11. Venen							
☐	33076	AB 11.1	Venen der Extremitäten	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 11.1	Venen der Extremitäten; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥5MHz	☐
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33061	AB 20.2	CW-Doppler, extremitätenver-/ entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
		AB 20.3	CW-Doppler, extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.2	CW-Doppler extremitätenver- / entsorgende Gefäße	CW-Sonde, ≥5MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33072	AB 20.8	Duplex- extremitätenver- u. entsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
		AB 20.9	Duplex- extremitätenentsorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.8	Duplex- extremitätenver- / entsorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
								Lage und Größe des Gefäßes angepasst	
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierte Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

FA für Viszeralchirurgie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Viszeralchirurgie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		3. Kopf und Hals							
☐	33011	AB 3.2	Gesichts- u. Halsweichteile (incl. Speicheldrüsen), B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.3	Gesichts- u. Halsweichteile; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
☐	33012	AB 3.3	Schilddrüse, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 3.4	Schilddrüse; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm Schallkopf, ≥ 5MHz	☐
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	GOP	AB	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4 (bitte ankreuzen)	Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7 (bitte ankreuzen)	AK	Leistungsbeschreibung	Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9	Nachweise sind beigefügt
								transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33073	AB 20.10	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße + Mediastinum	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.9	Duplex- abdominelle u. retroperitoneale Gefäße ggf. incl. Farbe	Curved-Array mit Radius ≥20mm und/ oder Linear-Array, B-Bild ≥3MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierten Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

FA für Strahlentherapie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Strahlentherapie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		5. Thorax							
☐	33040	AB 5.1	Thorax ohne Herz transkutan, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.1	Thoraxorgane transkutan; B-Mode	Linear-Array bzw. Curved-Array und/ oder Sektor-Phased-Array, ≥5MHz (Linear), ≥3 MHz (weitere Schallköpfe)	☐
		AB 5.2	Thorax ohne Herz transkavitär, B-Mode	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 5.2	Thoraxorgane transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 5.2	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transtracheale/transbronchiale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		7. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)							
☐	33042	AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.1	Abdomen und Retroperitoneum Jugendl./ Erwachs. transkutan; B-Mode	Linear-Array und/ oder Curved-Array mit Radius ≥ 20mm, ≥3 MHz	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Rektum)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
		AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär (Magen, Darm)	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 7.3	Abdomen und Retroperitoneum transkavitär; B-Mode	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33090	-	-	-	-	AK 7.3	Zuschlag für die transkavitäre Untersuchung zu GOP 33040, 33042, 33043, 33081	Spezieller Schallkopf (Array oder Einzelelementschwinger (Radialsonde)) für transoesophageale oder transrektale Endodiagnostik, ≥7,5 MHz	☐
☐	33046	-	-	-	-	AK 7.1 AK 7.2 AK 7.3	Zuschlag Abdomensonogra-phie mit Kontrastmit-teleinbringung	-	☐

Erweiterter Landesausschuss
nach § 116b SGB V in Sachsen

FA für Neurochirurgie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Neurochirurgie laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33063	AB 20.5	PW-Doppler intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.5	PW-Doppler intrakranielle Gefäße	PW-Sonde und/ oder Sektor-Phased-Array, ggf. Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, ≥ 1MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33071	AB 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Sektor-Phased-Array, und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, B-Bild ≥2MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierten Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		23. Doppler Nerven und Muskeln							
☐	33100	AB 23.1	Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 23.1	Nerven und Muskeln, B-Modus und ggf. Farbduplex	Linear-Array, bei tiefliegenden Nerven und Muskeln ggf. Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild und Farbduplex, oberflächennahe Nerven und Muskeln ≥15MHz; tiefliegende Nerven und Muskeln ≥5MHz	☐

FA für Neurologie

Name, Vorname: _____

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Neurologen laut Appendix i.V.m. der Ultraschallvereinbarung erbracht werden. Die beizubringenden Belege entnehmen Sie bitte der Qualitätssicherungsvereinbarung Ultraschall.

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		20. Doppler-Gefäße							
☐	33060	AB 20.1	CW-Doppler, extrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.1	CW-Doppler extrakran. hirnvers. Gefäße	CW-Sonde, ≥ 5MHz	☐
☐	33063	AB 20.5	PW-Doppler intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.5	PW-Doppler intrakranielle Gefäße	PW-Sonde und/ oder Sektor-Phased-Array, ggf. Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, ≥ 1MHz	☐
☐	33070	AB 20.6	Duplex- extrakranielle Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.6	Duplex-extrakranielle Gefäß, ggf. incl. Farbe	Linear-Array, B-Bild ≥5MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33071	AB 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 20.7	Duplex- intrakranielle hirnversorgende Gefäße, ggf. incl. Farbe	Sektor-Phased-Array, und/ oder Curved-Array mit Radius ≤ 20mm, B-Bild ≥2MHz, Doppler: der Lage und Größe des Gefäßes angepasst	☐
☐	33075	-	-	-	-	AK 20.6 AK 20.7 AK 20.8 AK 20.9 AK 20.10	Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 für die farbcodierten Untersuchung	Bestätigung zur Möglichkeit der farbcodierten Untersuchung	☐

wird erbracht (bitte ankreuzen)	**GOP**	**AB**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach § 4** (bitte ankreuzen)	**Anforderungen an fachl. Befähigung nach §§ 5, 6 und 7** (bitte ankreuzen)	**AK**	**Leistungsbeschreibung**	**Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9**	**Nachweise sind beigefügt**
		23. Doppler Nerven und Muskeln							
☐	33100	AB 23.1	Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	☐ s Anlage I Ultraschall-Vereinbarung	☐ s Anlage I ggf. Anlage II Ultraschall-Vereinbarung	AK 23.1	Nerven und Muskeln, B-Modus und ggf. Farbduplex	Linear-Array, bei tiefliegenden Nerven und Muskeln ggf. Curved-Array mit Radius ≥20mm, B-Bild und Farbduplex, oberflächennahe Nerven und Muskeln ≥15MHz; tiefliegende Nerven und Muskeln ≥5MHz	☐

6.5 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie)

Checkliste: Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie:

→Diagnostische Radiologie

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde für **Radiologie**

oder

☐ **Facharztbezeichnung mit Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik** nach der Weiterbildungsordnung, die den Erwerb von Kompetenzen in der Durchführung von Röntgenuntersuchungen umfasst

und

Erbringung der Leistung in einer radiologischen Organisationseinheit

oder

Vorlage der Genehmigung nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 Strahlenschutzgesetz oder Vorlage der Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Absatz 1 Strahlenschutzgesetz

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.6.1 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie)

Checkliste: Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie:

→Computertomographie (ohne CT-Bestrahlungsplanung)

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Radiologie** der Ärztekammer

Im Rahmen dieser Indikation können zusätzlich weitere Fachdisziplinen CT-Leistungen erbringen. Die fachliche Befähigung ist durch nachfolgend genannte Belege nachzuweisen:

☐ Vorlage der **Facharzturkunde Neurologie oder Facharzturkunde Neurochirurgie** der Ärztekammer (für GOPen 34504, 34505)

und

☐ Vorlage der Bescheinigung der Ärztekammer über die für den **Strahlenschutz für CT** erforderliche **Fachkunde** sowie ggf. Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

und

☐ **1. Alternative:** Vorlage eines Zeugnisses, aus dem der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten gem. Weiterbildungsordnung in der computertomographischen Diagnostik hervorgeht

oder

☐ **2. Alternative:** Vorlage eines Nachweises, dass ein Kolloquium im Bereich Computertomographie erfolgreich absolviert wurde

und

a) für Untersuchungen des Ganzkörpers auch einschl. Kopf und des Spinalkanals

☐ Vorlage eines Zeugnisses über eine mindestens 30monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik unter Leitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes **und**

☐ Vorlage eines Zeugnisses über eine mindestens 10monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie unter Leitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes

b) für Untersuchungen des Kopfes und des Spinalkanals

☐

Vorlage eines Zeugnisses über eine mindestens 18monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik unter Leitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes **und**

☐ Vorlage eines Zeugnisses über eine mindestens 4monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie insbesondere des Kopfes und des Spinalkanals unter Leitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung (**nur für Neurologen und Neurochirurgen relevant**):

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.

☐ Es wird versichert, dass die Genehmigung zum Betrieb der Einrichtung nach §12 Absatz 1 Nr 4 StrlSchG oder die Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige nach §19 Absatz 1 StrlSchG vorliegt. Sofern keine Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige vorliegt, wird versichert, dass der Prüfbericht der Sachverständigenprüfung vorliegt und die Aussetzung des Verfahrens oder eine Untersagung des Betriebs durch die Behörde nach erfolgter Anzeigenstellung innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben des StrlSchG, der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.6.2 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie)

Checkliste: Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie:

→Computertomographie (CT-Bestrahlungsplanung)

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Strahlentherapie**

und

☐ Vorlage der Bescheinigung der Ärztekammer über die für den **Strahlenschutz für CT** und sonstige tomografische Verfahren zur Therapieplanung und Verifikation erforderliche **Fachkunde** sowie ggf. Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.

☐ Es wird versichert, dass die Genehmigung zum Betrieb der Einrichtung nach §12 Absatz 1 Nr 4 StrlSchG oder die Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige nach §19 Absatz 1 StrlSchG vorliegt. Sofern keine Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige vorliegt, wird versichert, dass der Prüfbericht der Sachverständigenprüfung vorliegt und die Aussetzung des Verfahrens oder eine Untersagung des Betriebs durch die Behörde nach erfolgter Anzeigenstellung innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben des StrlSchG, der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.7 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)

Checkliste: Kernspintomographie-Vereinbarung

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde Radiologie der Ärztekammer

☐ Vorlage von Zeugnissen über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von **1.000** kernspintomographischen Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) **unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes im entsprechenden Gebiet** (aus den Zeugnissen muss eindeutig hervorgehen, dass alle genannten Bereiche kernspintomographisch untersucht wurden)

Die vorgenannten Zeugnisse müssen gem. § 8 der Kernspintomographie-Vereinbarung von dem im entsprechenden Gebiet zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung stattfand

Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken

Zahl der vom Leistungserbringer unter Anleitung erbrachten sowie Zahl der selbstständig durchgeführten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen

Beurteilung der Befähigung des Leistungserbringers zur selbstständigen Durchführung von Untersuchungen bestimmter Organe und zur selbstständigen Anwendung bestimmter Untersuchungstechniken

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.

☐ Es wird versichert, dass die apparativen Anforderungen gemäß Anlage 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung erfüllt werden.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.8 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen

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

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Innere Medizin**

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.9 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie

Checkliste: Erbringung von Leistungen zur MR-Angiographie

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde Radiologie

☐ Vorlage eines Zeugnisses/Nachweises über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien, davon mindestens 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße, innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeigenstellung. Die MR-Angiographien müssen **unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang **für die Weiterbildung in dem Gebiet „Radiologie" berechtigten Arztes** erbracht werden. Ausnahmsweise können Angiographien auch ohne Anleitung anerkannt werden, die im Rahmen einer Facharzttätigkeit im Krankenhaus oder bei bereits erteilter Genehmigung erbracht wurden. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der Time-of-Flight-(TOF)- und/oder der Phasenkontrast (PC)- und zu mindestens 20% mit der kontrastmittelverstärkten (CE-) Technik erstellt worden sein. **Ein nur teilweise zur Weiterbildung befugter anleitender Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung nachweisen.**

☐ Vorlage eines Zeugnisses/ Nachweises einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik **unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang **für die Weiterbildung in dem Gebiet „Radiologie" berechtigten Arztes**. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik **unter entsprechender Anleitung** angerechnet werden**. Ein nur teilweise zur Weiterbildung befugter anleitender Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung nachweisen.**

Die vorgenannten Zeugnisse müssen gem. § 8 der Vereinbarung zur MR-Angiographie von dem im entsprechenden Gebiet zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand

Zahl der vom Leistungserbringer durchgeführten MR-Angiographien

Beurteilung der fachlichen Befähigung des Leistungserbringers zur selbstständigen Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von MR-Angiographien

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

☐ geeignete Notfallausrüstung gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung ist vorhanden

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.

☐ Es wird versichert, dass die apparativen Anforderungen gemäß Anlage 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung erfüllt werden.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

3. Laufende Anforderungen

☐ Nachbeobachtung des Patienten nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels ist gewährleistet.

☐ Zur Befundung werden die Original-Schnittbilder herangezogen.

☐ der Arzt erklärt sich zur Teilnahme an der stichprobenhaften Überprüfung der Dokumentationen bereit

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.10 Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Checkliste: Erbringung von Leistungen der schmerztherapeutischen Versorgung

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- ☐ Vorlage der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach mit unmittelbarem Patientenkontakt
- ☐ Vorlage der Urkunde einer Ärztekammer der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
- ☐ Vorlage eines Nachweises, dass ein Kolloquium erfolgreich absolviert wurde, sofern die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate zurückliegt
- ☐ Vorlage von Bestätigungen über die regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz innerhalb von 12 Monaten vor Anzeigenstellung
- ☐ Vorlage eines Nachweises über einen von einer Ärztekammer anerkannten Weiterbildungskurs (entsprechend den Vorgaben des Kursbuches der Bundesärztekammer) über Kenntnisse und Erfahrungen in der Psychosomatik. Im Rahmen der Gesamtdauer von 80 Stunden müssen folgende Teile gesondert nachgewiesen werden:
  - ☐ 20 Stunden theoretische Grundlagen
  - ☐ 30 Stunden ärztliche Gesprächsführung mit verbalen Interventionstechniken
  - ☐ 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten.

Sofern der Erwerb der Zusatzbezeichnung vor der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) 2018 erfolgte, dies entspricht in Sachsen der WBO der Sächsischen Landesärztekammer vom 26.08.2020, müssen nachfolgend genannten Untersuchungen und Behandlungen selbständig **und unter Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzung zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt**, absolviert und **durch geeignete Zeugnisse/Nachweise** nachgewiesen werden:

- ☐ Erhebung einer bio-psycho-sozialen Schmerzanamnese bei 100 Patienten
- ☐ Anwendung standardisierter und validierter Testverfahren und Fragebögen zur Schmerzanalyse und differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten einschließlich Detektion von Risikofaktoren für Schmerzchronifizierung bei 100 Patienten
- ☐ Vollständige körperliche Untersuchung und Funktionsstatus bei 100 Patienten

☐ Aufstellung eines inhaltlichen und zeitlich gestuften multimodalen Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung erforderlichen interdisziplinären, interprofessionellen und sozialmedizinischen Koordination bei 100 Patienten

☐ Initiierung, Modifizierung und/ oder Beendigung medikamentöser Kurzzeit, Langzeit- und Dauertherapie bei 100 Patienten

☐ Alle schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren wurden erlernt und selbstständig durchgeführt:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (Anlage 1 BMV-Ä)
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

☐ Mindestens drei schmerztherapeutische Behandlungsverfahren wurden erlernt und selbstständig durchgeführt:

- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Physikalische Therapie
- Invasive Verfahren (z. B. Leitungsanalgesie, rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden)
- Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster
- Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen
- Übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)
- Hypnose
- Ernährungsberatung
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit
- Komplementäre Verfahren (z. B. Akupunktur)

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

☐ Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator

☐ EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

3. Laufende Anforderungen

☐ rollstuhlgeeignete Praxis

☐ Überwachungs- und Liegeplätze

☐ Die nachfolgenden Behandlungsverfahren hält der Arzt, auf den sich diese Checkliste bezieht, vor und führt diese persönlich durch:

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gem., der Psychotherapie-Vereinbarung
- Stimulationstechniken
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

☐ Der Arzt, auf den sich diese Checkliste bezieht, gewährleistet für mindestens drei der nachstehenden Behandlungsverfahren die Einleitung und Koordination und weist dies geeignet nach:

- manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Physikalische Therapie
- Invasive Verfahren (Leitungsanalgesie, Sympathikusblockaden, rückenmarksnahe Verfahren)
- Anwendung von Capsacin 8% als Schmerzpflaster
- Einstellung und Befüllung von implantieren Medikamentenpumpen
- übende Verfahren (z.B. PMR, Autogenes Training)
- Hypnose
- Ernährungsberatung
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit
- Komplementäre Verfahren (z.B. Akupunktur) Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.11 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie)

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung zu Strahlendiagnostik und –therapie

→ Nuklearmedizin

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Nuklearmedizin**

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.12 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie)

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung zu Strahlendiagnostik und –therapie

→ Strahlentherapie

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde **für Strahlentherapie**

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.13 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie

Checkliste: Erbringung von Leistungen der interventionellen Radiologie (hier diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe am arteriellen Gefäßsystem)

Besonderheit: Zum Nachweis der Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie ist pro Teammitglied anzugeben, für welche Leistungsbereiche das entsprechende Teammitglied Leistungen im Rahmen der ASV erbringen soll.

Hinweis: Für die Erbringung der Leistungen der GOP 34287 ist das Vorhalten eines C-Bogens notwendig.

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V werden Leistungen für folgende Bereiche erbracht:

☐ diagnostische Katheterangiographien (EBM 34283, 34284, 34285, 34287)

☐ diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe (EBM 34283, 34284, 34285, 34286, 34287)

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Voraussetzungen für den Nachweis zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Katheterangiographien (EBM 34283, 34284, 34285, 34287)

☐ a) Vorlage des Nachweises über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie

☐ b) Vorlage von Zeugnissen/Nachweisen über die selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung , Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, **unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt Radiologie befugten Arztes** innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeigenstellung

☐ c) Vorlage von Zeugnissen/Nachweisen über die mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie **unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt Radiologie befugten Arztes**

☐ d) Vorlage der Bescheinigung der Ärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde sowie ggf. Vorlage der Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde

Gefäßdarstellungen und Eingriffe nach b) und Tätigkeiten nach c), die während der Weiterbildung zum Facharzt absolviert wurden, werden anerkannt.

Voraussetzung für den Nachweis zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffe (EBM 34283, 34284, 34285, 34286, 34287)

☐ a) Vorlage der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie

☐ b) Vorlage von Zeugnissen/Nachweisen über die selbständige Indiaktionsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung , Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, **unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt Radiologie befugten Arztes** innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeigenstellung. Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.

☐ c) Vorlage von Zeugnissen/Nachweisen über die mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik und Therapie **unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt Radiologie befugten Arztes**

☐ d) Vorlage der Bescheinigung der Ärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde sowie ggf. Vorlage der Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde

Gefäßdarstellungen und Eingriffe nach b) und Tätigkeiten nach c), die während der Weiterbildung zum Facharzt absolviert wurden, werden anerkannt.

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt C der Vereinbarung zu Strahlendiagnostik und –therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V:

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.

☐ Es wird versichert, dass die Genehmigung zum Betrieb der Einrichtung nach §12 Absatz 1 Nr 4 StrlSchG oder die Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige nach §19 Absatz 1 StrlSchG vorliegt. Sofern keine Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige vorliegt, wird versichert, dass der Prüfbericht der Sachverständigenprüfung vorliegt und die Aussetzung des Verfahrens oder eine Untersagung des Betriebs durch die Behörde nach erfolgter Anzeigenstellung innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben des StrlSchG, der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

Des Weiteren werden vorgehalten:

☐ Fachspezifisches Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten

☐ Geräte zum EKG- und Blutdruckmonitoring

☐ Pulsoxymeter

☐ Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung

☐ Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung

☐ Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

3. Organisatorische und räumliche Voraussetzungen

☐ Eingriffsraum: Raumoberflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag

☐ Wascheinrichtung: geeignete Armaturen und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion

☐ Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum

☐ Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial

☐ Umkleidebereich für Patienten

Bei der Durchführung ist zu gewährleisten:

☐ Mindestens eine medizinische Fachkraft ist im Eingriffsraum anwesend und eine weitere medizinische Fachkraft steht unmittelbar zur Verfügung. Die medizinischen Fachkräfte verfügen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten. Dies ist durch die Vorlage entsprechender Zeugnisse nachzuweisen.

☐ Ein weiterer Arzt mit Erfahrungen in der Notfallmedizin steht in der Einrichtung zur Verfügung.

Bei der Durchführung von therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem ist zusätzlich zu gewährleisten:

☐ Die Patienten können ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines chirurgischen Eingriffs je nach Art und Schwere des Eingriffs innerhalb von höchstens zwei Stunden in eine stationäre Einrichtung zur gefäßchirurgischen Versorgung transportiert und dort versorgt werden.

☐ Es bestehen schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten.

Zur Nachbetreuung ist zu gewährleisten:

☐ Ein geeigneter Überwachungsraum in der Einrichtung nach § 5 Abs.1 der Qualitätssicherungsvereinbarung muss zur Verfügung stehen. Für die Nachbetreuung nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs müssen sich diese darüber hinaus in räumlicher Nähe zu einem Eingriffsraum nach § 5 Abs. 1 befinden, um ggf. einen erneuten Eingriff durchführen zu können.

☐ Der Patient wird nach der Durchführung einer diagnostischen Katheterangiographie am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel vier Stunden betreut und beobachtet.

☐ Der Patient wird nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel sechs Stunden betreut und beobachtet.

☐ Während der Nachbetreuung muss mindestens eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung in der Einrichtung anwesend sein.

☐ Während der Nachbetreuung muss ein Arzt mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung zur unmittelbaren Hilfestellung in der Einrichtung zur Verfügung stehen.

☐ Während der ersten 24 Stunden nach einer diagnostischen Katheterangiographie oder eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem muss sichergestellt sein, dass ein Arzt, der über eine Genehmigung nach § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung bzw. im Rahmen der ASV über die Bestätigung zur Leistungserbringung im Bereich interventionelle Radiologie verfügt, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht.

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.14 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (Vereinbarung zu PET, PET/CT)

Checkliste: Erbringung von PET, PET/CT - Leistungen

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Nuklearmedizin**

oder

☐ Vorlage der Facharzturkunde **Radiologie mit PET als Bestandteil der Weiterbildung**

und

☐ Vorlage der Bescheinigung der Ärztekammer über die für den **Strahlenschutz erforderliche Fachkunde** sowie ggf. Vorlage der Bescheinigung zur **Aktualisierung der Fachkunde**

und

☐ Vorlage eines Zeugnisses über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens **1000 PET-Untersuchungen** zu onkologischen Fragestellungen **unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre** vor Anzeigenstellung. Die Anleitung hat durch einen Arzt zu erfolgen, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt „Nuklearmedizin“ befugt ist. Der anleitende Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der QS-Vereinbarung PET, PET/CT erfüllen. Die PET-Untersuchungen können auch **ohne Anleitung** anerkannt werden, wenn sie im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharzttätigkeit in einer **zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin** erbraucht wurden.

und

☐ Vorlage eines Zeugnisses über Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren durch die Einordnung von mindestens **200 CT oder MRT** in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden

und

☐ Vorlage eines Nachweises zur Erfüllung der Vorgaben zur Erbringung von Leistungen der **Computertomographie** (Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie). Diese Vorgabe kann auch durch Kooperation mit einem anderen Teammitglied erfüllt werden.

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es steht folgende geeignete Notfallausrüstung zur Verfügung:

- ☐ Frischluftbeatmungsgerät
- ☐ Absaugvorrichtung
- ☐ Sauerstoffversorgung
- ☐ Rufanlage
- ☐ Notfallarztkoffer

weitere Nachweise:

PET-System

- ☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.
- ☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte den Anforderungen des § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT entsprechen.
- ☐ Es wird versichert, die behördliche Genehmigung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen nach § 12 Absatz 1 Nr. 3 StrlSchG vorliegt.
- ☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben des StrlSchG, der StrlSchV, der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

CT-Gerät

- ☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.
- ☐ Es wird versichert, dass die Genehmigung zum Betrieb der Einrichtung nach §12 Absatz 1 Nr 4 StrlSchG oder die Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige nach §19 Absatz 1 StrlSchG vorliegt. Sofern keine Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige vorliegt, wird versichert, dass der Prüfbericht der Sachverständigenprüfung vorliegt und die Aussetzung des Verfahrens oder eine Untersagung des Betriebs durch die Behörde nach erfolgter Anzeigenstellung innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.
- ☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben des StrlSchG, der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.
- ☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

3. Laufende Anforderungen

- ☐ der Arzt erklärt, an Fortbildungsmaßnahmen nach § 7 zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung teilzunehmen und ist bereit, entsprechende Nachweise auf Nachfrage vorzulegen

4. Weitere organisatorische Anforderungen

Für alle nachfolgend genannten Indikationsgruppen wird Folgendes bestätigt:

☐ Es wird versichert, dass das interdisziplinäre Team den Anforderungen an die Zusammensetzung nach § 5 entspricht und gemäß § 5 Absatz 10 der QS-Vereinbarung zu PET, PET/CT die Zusammenarbeit mit weiteren für die Versorgung der betroffenen Patienten notwendigen Fachdisziplinen geregelt ist.

☐ Im Falle einer Kooperation zur Durchführung der PET/CT-Leistungen wird bestätigt, dass die Durchführung der PET/CT in enger Zusammenarbeit mit dem Kooperationsarzt erfolgt.

☐ Die Indikationsstellung zur und die Durchführung der PET bzw. PET/CT erfolgt gemäß den Vorgaben nach § 5 Absatz 2, 3 und 11.

Bitte geben Sie an, für welche nachfolgend genannten Indikationsgruppen PET, PET/CT-Leistungen im Rahmen der ASV erbracht werden:

☐ **1) Indikationen gemäß § 1 Nr. 6 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT**

-Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie.

1 Personelle Anforderungen

1.1 Interdisziplinäres Team

Die Indikationsstellung zur PET und PET/CT erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit und besteht gemäß § 5 Abs. 6 aus mindestens:

-dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten

-dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und

-dem verantwortlichen Strahlentherapeuten.

Gemäß § 5 Abs. 9 sollen in die Entscheidung über die Bestrahlung von Resttumoren ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

1.2 Zusammenarbeit mit notwendigen Fachdisziplinen

Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten gegebenenfalls notwendigen Fachdisziplinen gemäß § 5 Abs. 10 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT, ist geregelt durch eine Kooperation mit den nachfolgend genannten, für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktäglich verfügbaren Institutionen und Einrichtungen.

Fachdisziplinen	Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	Ansprechpartner
Fachabteilung mit einem FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
Radiologie (mit entsprechender bildgebender Diagnostik wie CT, MRT)		
Strahlentherapie		
Pathologie		

☐ **2) Indikationen gemäß § 1 Nr. 7 und 8 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT**

- Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder mit unbekannten Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs

- Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht

1 Personelle Anforderungen

1.1 Interdisziplinäres Team

Die Indikationsstellung zur PET bzw. PET/CT erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit und besteht gemäß § 5 Abs. 7 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT aus mindestens:

- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten,

- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,

- dem verantwortlichen Strahlentherapeuten und

- einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Gemäß § 5 Abs. 9 sollen in die Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection und über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

1.2 Kooperationen mit weiteren Fachdisziplinen

Die Zusammenarbeit mit weiteren notwendigen Fachdisziplinen gemäß § 5 Abs. 10 ist geregelt durch eine Kooperation mit den nachfolgend genannten, für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktäglich verfügbaren Institutionen und Einrichtungen.

Fachdisziplinen	Praxisanschrift/Krankenhausanschrift	Ansprechpartner
Fachabteilung mit einem FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
Radiologie (mit entsprechender bildgebender Diagnostik wie CT, MRT)		
Strahlentherapie		
Pathologie		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		

3) Indikationen gemäß § 1 Nr. 9, 11 und 12 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT

☐ **-Nr. 9** Entscheidung über die notwenige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin- Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie

-Nr. 11 Initiales Staging bei Hodgkin-Lymphomen

-Nr. 12 Initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen

1 Personelle Anforderungen

1.1 Interdisziplinäres Team

Die Indikationsstellung zur PET und PET/CT erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit und besteht gemäß § 5 Abs. 8 aus mindestens:

-dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/ CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten

-dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Gemäß § 5 Abs. 9 sollen in die Entscheidung über

-die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie nach § 1 Nr. 9

-die sich aus dem initialen Staging ergebende Therapieplanung nach § 1 Nr. 11 und 12

ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

1.2 Zusammenarbeit mit notwendigen Fachdisziplinen

Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten gegebenenfalls notwendigen Fachdisziplinen gemäß § 5 Abs. 10 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT, ist geregelt durch eine Kooperation mit den nachfolgend genannten, für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktäglich verfügbaren Institutionen und Einrichtungen.

Fachdisziplinen	**Praxisanschrift/Krankenhausanschrift**	**Ansprechpartner**
Radiologie (mit entsprechender bildgebender Diagnostik wie CT, MRT)		
Strahlentherapie		
Pathologie		

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.15 Voraussetzungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung invasive Kardiologie

Hinweis: Um die GOPen 34291, 34292, 34298 erbringen zu können, muss der Leistungserbringer gemäß EBM zusätzlich die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie, hier: diagnostische Radiologie, zur GOP 34290 (Angiokardiographie) (siehe Anlage 6.4) erfüllen.

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Facharzturkunde Innere Medizin und Kardiologie

und

☐ Vorlage eines Nachweises über eine dreijährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung eines im Schwerpunkt Kardiologie in vollem Umfang zur Weiterbildung befugten Arztes

und

☐ Vorlage eines Nachweises über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße innerhalb der letzten vier Jahre unter Anleitung eines im Schwerpunkt Kardiologie in vollem Umfang zur Weiterbildung befugten Arztes (ganztägige Tätigkeitszeiten in der invasiven Kardiologie sowie Katheterisierungen, welche während der Weiterbildung zum Facharzt absolviert worden sind, wenden anerkannt)

und

☐ Vorlage eines Nachweises über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien innerhalb der letzten drei Jahre unter Anleitung eines im Schwerpunkt Kardiologie in vollem Umfang zur Weiterbildung befugten Arztes (ganztägige Tätigkeitszeiten in der invasiven Kardiologie sowie Katheterisierungen, welche während der Weiterbildung zum Facharzt absolviert worden sind, wenden anerkannt)

und

☐ Vorlage der Bescheinigung der Ärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde sowie ggf. Vorlage der Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde

Die vorgenannten Zeugnisse müssen gem. § 9 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie von dem im entsprechenden Gebiet zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Anleitung stattfand

Zahl der vom Leistungserbringer durchgeführten Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutischen Katheterinterventionen

Beurteilung der fachlichen Befähigung des Leistungserbringers zur selbstständigen Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutischen Katheterinterventionen

2. Anforderungen an die organisatorischen Voraussetzungen

Diagnostische Katheterisierungen

Bei der Durchführung von diagnostischen Katheterisierungen werden folgende organisatorische Voraussetzungen erfüllt:

- ☐ eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Intensivmedizin, der Betreuung und Nachbetreuung von Herzkatheterpatienten ist im dem Katheterraum (Eingriffsraum, Registrierraum) und zur Nachbetreuung anwesend
- ☐ ein weiterer approbierter Arzt steht zur unmittelbaren Hilfestellung bei Durchführung und Nachbetreuung zur Verfügung
- ☐ Räumlichkeiten zur Nachbetreuung der Patienten stehen zur Verfügung
- ☐ bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ist abgesichert, dass ein Arzt, der die fachlichen Anforderungen dieser Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllt, dem Patienten innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung steht
- ☐ die Nachbetreuung ist für den Zeitraum von mindestens vier Stunden abgesichert

Therapeutische Katheterisierungen

Bei der Durchführung von therapeutischen Katheterisierungen werden folgende organisatorische Voraussetzungen erfüllt:

- ☐ eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Intensivmedizin, der Betreuung und Nachbetreuung von Herzkatheterpatienten ist im dem Katheterraum (Eingriffsraum, Registrierraum) und zur Nachbetreuung anwesend
- ☐ in der Funktionseinheit Herzkatheterlabor ist ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung anwesend
- ☐ bei der Feststellung eines erforderlichen kardiochirurgischen Eingriffes ist der Transport des Patienten in eine stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie innerhalb von höchstens 30 Minuten abgesichert
- ☐ Räumlichkeiten zur Nachbetreuung der Patienten stehen zur Verfügung und befinden sich in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor **(bitte durch Vorlage entsprechender Belege nachweisen)**

- ☐ ein approbierter Arzt steht zur unmittelbaren Hilfestellung im Rahmen der Nachbetreuung zur Verfügung
- ☐ bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ist abgesichert, dass ein Arzt, der die fachlichen Anforderungen dieser Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllt, dem Patienten innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung steht
- ☐ die Nachbetreuung mindestens bis zum nächsten Tag und i. d. R. 24 Stunden ist abgesichert

Im Rahmen der Durchführung der Katheterisierungen werden folgende Dokumentationen vorgenommen:

- ☐ die Beteiligten bei der Durchführung der Katheterisierungen
- ☐ Ort der Nachbetreuung und Zeitdauer der Nachbetreuung nach einer diagnostischen oder therapeutischen Katheterintervention
- ☐ die an der Nachbetreuung Beteiligten
- ☐ aufgetretene Komplikationen

3. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit steht folgende apparative Ausstattung zur Verfügung:

- ☐ Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- ☐ Absaugvorrichtung
- ☐ Sauerstoffversorgung
- ☐ Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- ☐ Möglichkeit der Ableitung eines 12-Kanal-EKG
- ☐ EKG-Monitor und Rufanlage
- ☐ die Röntgeneinrichtung verfügt über die Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-ACC/ESC-Standard

weitere Nachweise:

- ☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.
- ☐ Es wird versichert, dass die Genehmigung zum Betrieb der Einrichtung nach §12 Absatz 1 Nr 4 StrlSchG oder die Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige nach §19 Absatz 1 StrlSchG vorliegt. Sofern keine Mitteilung der Landesdirektion Sachsen über die erfolgte Anzeige vorliegt, wird versichert, dass der Prüfbericht der Sachverständigenprüfung vorliegt und die Aussetzung des Verfahrens oder eine Untersagung des Betriebs durch die Behörde nach erfolgter Anzeigenstellung innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.
- ☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben des StrlSchG, der MPBetreibV und des MPG entsprechen und regelmäßig gewartet werden.
- ☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

4. Laufende Anforderungen

☐ der Arzt erklärt, mindestens **150** Katheterisierungen, davon mindestens **50** therapeutische Katheterinterventionen innerhalb eines Zeitraumes von jeweils **12 Monaten** durchzuführen und ist bereit, entsprechende Nachweise auf Nachfrage vorzulegen

☐ der Arzt erklärt, mindestens **150** Linksherzkatheteruntersuchungen innerhalb eines Zeitraumes von jeweils **12 Monaten** durchzuführen und ist bereit, entsprechende Nachweise auf Nachfrage vorzulegen

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).

6.16 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Rhythmusimplantat-Kontrolle)

Checkliste: Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle

Name, Vorname des Leistungserbringers:_____

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

☐ Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung **Innere Medizin und Kardiologie**

und

☐ Vorlage eines Zeugnisses über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung eines zur Weiterbildung in dem entsprechenden Gebiet befugten Arztes innerhalb von 36 Monaten vor Anzeigenstellung (soweit die geforderten Untersuchungszahlen unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurden, können innerhalb des Zeitraums selbstständig durchgeführt Leistungen angerechnet werden)

Das Zeugnis muss vom anleitenden zur Weiterbildung in dem entsprechenden Gebiet befugten Arzt unterzeichnet sein und folgende Angaben beinhalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand,

- Zahl der durchgeführten Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, ICD sowie CRT-Systemen

- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragsstellers zur selbstständigen Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von Funktionsanalysen von Herzschrittmachern, ICD sowie von CRT-Systemen

(Die Vorlage dieses Zeugnisses ist für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie entbehrlich)

oder

☐ Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte das gesamte indikationsbezogene ASV-Leistungsspektrum abdecken.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte die Parameter des § 6 der QS-Vereinbarung zur Rhythmusimplantatkontrolle erfüllen.

☐ Es wird versichert, dass die genutzten Geräte im Übrigen den Vorgaben der MPBetreibV, der MPSV und des MPG (bei telemedizinischer Funktionsanalyse zusätzlich den Vorgaben des BMV-Ä und des § 4 der QS-Vereinbarung zur Rhythmusimplantatkontrolle) entsprechen und regelmäßig gewartet werden.

☐ ggf. Vorlage der Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung sowie ggf. der Schwerpunktbezeichnung und/ oder Zusatzbezeichnung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung im Arztregister der KV Sachsen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister abgegeben werden (siehe Anlage 3).