

Anhang zu Teil C

Bei dieser Anlage handelt sich um eine Gesamtübersicht aller bisher im Rahmen der Anzeigen zur ASV relevanten Qualitätssicherungsbestimmungen. In dem Formular zur jeweiligen Erkrankung sind die relevanten Qualitätssicherungsbestimmungen aufgeführt. Die entsprechenden Checklisten können Sie dieser Übersicht entnehmen. Es handelt sich um Checklisten auf der Grundlage der einzelnen QSV. Es gelten darüber hinaus die Vorgaben der ASV-Richtlinie. Die Erfüllung der Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung sind jeweils durch entsprechende Nachweise zu belegen.

	Seite
Ambulantes Operieren (entspr. der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren gem. §135 Abs. 2 SGB V)	4
Chirotherapie (entspr. Leistungslegende zu GOP 30200, 30201 des EBM)	5
Computertomographie (entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)	6
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (entspr. Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 Nr. 4)	7
Funktionsstörung der Hand (entspr. Leistungslegende zur GOP 18330 des EBM)	8
Interventionelle Radiologie (entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionelle Radiologie)	9
Invasive Kardiologie (entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie)	13
Kernspintomographische Leistungen (außer Mamma und Angiographie) (entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie)	16
Kernspintomographische Leistungen (Mamma) (entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie)	18
Knochendichtemessung (entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)	20
Koloskopische Leistungen (entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen)	21
Laboratoriumsuntersuchungen (entspr. Richtlinien der KBV für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung)	23

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen	25
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit- elektrokardiographische Untersuchungen)	
Mammographie	28
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie)	
Molekulargenetik	31
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen)	
MR-Angiographie	33
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie)	
Nuklearmedizin	35
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)	
Otoakustik (Bestimmung otoakustischer Emissionen)	39
(entspr. Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)	
PET, PET/CT	41
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstherapie mit Computertomographie)	
Polygraphie - Schlafapnoe-Vereinbarung	47
(entspr. Qualitätssicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen)	
Polysomnographie - Schlafapnoe-Vereinbarung	50
(entspr. Qualitätssicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen)	
Psychosomatische Grundversorgung	53
(entspr. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä)	
Rhythmusimplantat-Kontrolle	54
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten)	
Röntgendiagnostik	57
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)	
Schmerztherapie	59
(entspr. Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V)	
Sozialpädiatrie	62
(entspr. Präambel zum Abschnitt 4.2.4 EBM)	

Strahlentherapie	63
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)	
Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen/CT	67
(entspr. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 1 Satz 1 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä))	
Übende und suggestive Interventionen	71
(entspr. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 BMV-Ä)	
Ultraschalldiagnostische Leistungen	72
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik)	
Vakuumbiopsie	79
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust)	
Videosprechstunde	82
(entspr. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä))	
zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Zervix	84
(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix)	

Ambulantes Operieren

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde
- Nachweis der Schwerpunktbezeichnung, Fachkunde und/oder Abschluss einer fakultativen Weiterbildung

2. Organisatorische Voraussetzungen

- Die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren wird gewährleistet
- Die Erfüllung der Hygienischen Anforderungen nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren wird gewährleistet

3. Räumliche/apparativ-technische Voraussetzungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Die Anforderungen an die räumliche und apparativ-technische Ausstattung für die Durchführung von **Operationen** entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren werden erfüllt.
- Die Anforderungen an die räumliche und apparativ-technische Ausstattung für die Durchführung von **invasiven Untersuchungen, vergleichbaren Maßnahmen und Behandlungen** entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren werden erfüllt.
- Die Anforderungen an die räumliche und apparativ-technische Ausstattung für die Durchführung von **kleinen invasiven Eingriffen** entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren werden erfüllt.
- Die Anforderungen an die räumliche und apparativ-technische Ausstattung für die Durchführung von **Endoskopien** entsprechend § 6 Abs. 2 Nr. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren werden erfüllt.
- Für die Durchführung von **Laserbehandlungen** außerhalb der Körperhöhle werden zusätzlich die Anforderungen entsprechend § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren erfüllt.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Chirotherapie

(entspr. Leistungslegende zu GOP 30200, 30201 des EBM)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Die fachliche Befähigung wird mit der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie nachgewiesen

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Computertomographie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

1. Alt.:

Facharzturkunde **Radiologe** (nach (Muster-) Weiterbildungsordnung ab 2003) einer Landesärztekammer

und

Nachweis, aus dem der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der computertomographischen Diagnostik hervorgeht

2. Alt.:

Urkunde über folgende **Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung** bzw. Facharzturkunde Radiologe (nach (Muster-) Weiterbildungsordnung vor 2003) einer Landesärztekammer:
(bitte angeben und beifügen) _____

und

für Untersuchungen Ganzkörper einschl. Kopf und Spinalkanal:

Nachweis über eine mindestens **30-monatige ganztägige Tätigkeit** in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik und eine mindestens **10-monatige ganztägige Tätigkeit** in der Computertomographie

für Untersuchungen Kopf und Spinalkanal:

Nachweis über eine mindestens **18-monatige ganztägige Tätigkeit** in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik und eine mindestens **4-monatige ganztägige Tätigkeit** in der Computertomographie, insbesondere des Kopfes und Spinalkanals

Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Zusätzlich (gilt für beide Alternativen):

Bescheinigung einer Landesärztekammer über die für den **Strahlenschutz für CT** erforderliche **Fachkunde** nach der RöV sowie Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für CT

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 3 RöV oder die Bestätigung über die Anzeige der Landesbehörde entsprechend § 4 RöV zum Betrieb des CT

ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)

(entspr. Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1 Nr. 4)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Nachweis über die Erfüllung der **fachlichen und apparativen Voraussetzungen** für die **Sonographie der Urogenitalorgane** (ohne weibliche Geschlechtsorgane) nach der Ultraschallvereinbarung (s. Checkliste Ultraschall, Anwendungsbereich 8.1, 8.2, insbesondere Zeugnis über die selbständige Durchführung von mindestens **200 B-Mode-Sonographien der Urogenitalorgane**)

und

Nachweis über die Erfüllung der **fachlichen und apparativen Voraussetzungen** für die Röntgendiagnostik des **Harntraktes** (s. Checkliste Röntgendiagnostik, insbesondere Nachweis über eine mindestens **12-monatige** ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik und Bescheinigung der Landesärztekammer Thüringen über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach der RöV sowie Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde)

und

Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens **200** Harnstein-Stoßwellenlithotripsien

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Funktionsstörung der Hand

(entspr. Leistungslegende zur GOP 18330 des EBM)

Genehmigungspflichtig für Fachärzte für Orthopädie ohne Zusatzbezeichnung Handchirurgie

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde **Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie** einer Landesärztekammer

und

Vorlage von 25 Behandlungsfällen aus dem letzten Vierteljahr zur Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

oder

Nachweis über die operative Tätigkeit am Krankenhaus bei Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand (z.B. Behandlungspläne, OP-Kataloge)

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E)

Interventionelle Radiologie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie)

Checkliste:

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) Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **Radiologie**
- b) 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) 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

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) Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **Radiologie**
- b) 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. Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.
- c) 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

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

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

**Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung"

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:

- vom Hersteller oder vom Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen **pro beantragter Anwendungsklasse**
- Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 3 RöV oder die Bestätigung über die Anzeige der Landesbehörde entsprechend § 4 RöV zum Betrieb der Röntgeneinrichtung
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Des Weiteren sind vorzuhalten:

- 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. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Eingriffsraum: Raumboflächen (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 muss im Eingriffsraum anwesend sein und eine weitere medizinische Fachkraft muss unmittelbar zur Verfügung stehen. Die medizinischen Fachkräfte müssen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten verfügen.
- 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 müssen 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 die Voraussetzungen nach der QS-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie erfüllt, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Gerätemeldung interventionelle Radiologie

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort der Anlage:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

**gemäß § 4 der Vereinbarung zur Interventionellen Radiologie
(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses
auszufüllen)**

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen nach § 11 i.V.m der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, der Röntgenverordnung (RöV) und dem Medizinproduktegesetz (MPG).

Anwendungsklasse:

Hersteller:

Typ: Baujahr:

Hinweis: Bei Anwendungsklasse IV oder XII muss zusätzlich ein C- oder U-Bogen vorhanden sein!

C- oder U-Bogen ist beigefügt.

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Invasive Kardiologie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie i.V.m. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung **Kardiologie** (nach (Muster-) Weiterbildungsordnung ab 2003) einer Landesärztekammer
- eine 3-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes
- selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung:
 - a) von 1000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes innerhalb der letzten 4 Jahre sowie
 - b) von 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arztes innerhalb der letzten 3 Jahre
- Nachweis der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt B der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V:

Im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit müssen vorhanden sein:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal.EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

**Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung"

- EKG-Monitoring und Rufanlage
- Die Röntgeneinrichtung muss über die Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-ACC/ESC Standard verfügen.
- Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 3 RöV oder die Bestätigung über die Anzeige der Landesbehörde entsprechend § 4 RöV

3. Organisatorische Voraussetzungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

Bei der Durchführung ist zu gewährleisten:

- Bei der Durchführung von Linksherzkatheteruntersuchungen ist mindestens eine medizinische Fachkraft im Katheterraum anwesend und ein approbierter Arzt steht zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung. Die medizinische Fachkraft verfügt über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen.
- Bei der Durchführung von therapeutischen Katheterinterventionen sind mindestens eine medizinische Fachkraft im Katheterraum und ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend. Die medizinische Fachkraft verfügt über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen.
- Bei therapeutischen Katheterisierungen können ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffs die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in eine stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie transportiert und dort versorgt werden. Es bestehen bindende Absprachen (schriftlich zu dokumentieren) mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten.

Zur Nachbetreuung ist zu gewährleisten:

- Es stehen Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung. Die Betreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention erfolgt in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor, um ggf. unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchführen zu können.
- Während der Nachbetreuung des Patienten ist mindestens eine medizinische Fachkraft (gemäß obiger Ausführungen) anwesend bzw. steht ein approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung.
- Bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung kann ein Arzt mit der fachlichen Befähigung für die invasive Kardiologie innerhalb von höchstens 30 Minuten dem Patienten zur Verfügung stehen.
- Der Patient wird nach einer Linksherzkatheteruntersuchung in der Regel mindestens 4 Stunden nachbetreut.
- Der Patient wird nach einer therapeutischen Katheterintervention mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden nachbetreut.

Es sind zu dokumentieren:

- die Beteiligten bei der Durchführung der Katheterisierungen
- Ort und Zeitdauer der Nachbetreuung der Patienten
- die an der Nachbetreuung beteiligten Personen
- aufgetretene Komplikationen

4. Laufende Anforderungen/Auflagen bezüglich der fachlichen Befähigung:

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

Innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten müssen mindestens

- 150 Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterinterventionen bzw.
- 150 Linksherzkatheteruntersuchungen

durchgeführt werden.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Kernspintomographische Leistungen (ausgenommen Mamma und Angiographie)

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Alt.1: MRT war Bestandteil der Weiterbildungsordnung

- Facharzturkunde **Radiologie/Kinderradiologie/Neuroradiologie/Nuklearmedizin** einer Landesärztekammer
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes von
 - Radiologen: 1.000** kernspintomographischen Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
 - Kinderradiologe: 200** kernspintomographischen Untersuchungen von **Kindern**, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks
 - Neuroradiologe: 1.000** kernspintomographische Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals
 - Nuklearmediziner: 500** kernspintomographische Untersuchungen

Alt. 2: MRT war nicht Bestandteil der Weiterbildungsordnung

zusätzlich zu den Anforderungen nach Alt. 1:

- Nachweis über eine mindestens **24-monatige ganztägige Tätigkeit** in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung**. Auf diese Tätigkeit kann eine zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes angerechnet werden.
- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Geräte-meldebogen
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

Gerätemeldung Kernspintomographie

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des MRT-Gerätes: _____ _____ _____	_____ _____ _____
BSNR/NBSNR/IK: _____	

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung, des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der zugehörigen einschlägigen Bestimmungen.

Typ:..... Identifikation/Anl. Nr.:

Hersteller:

Baujahr: Feldstärke: Tesla

Gerätebesonderheiten:

.....

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Kernspintomographische Leistungen der Mamma

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde **Radiologe** einer Landesärztekammer
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von **1.000** kernspintomographischen Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes.
- Wenn MRT kein Bestandteil der Weiterbildungsordnung war: zusätzlicher Nachweis über eine mindestens **24-monatige ganztägige Tätigkeit** in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung**. Auf diese Tätigkeit kann eine zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes angerechnet werden.
- Nachweis über die Erfüllung der **fachlichen und apparativen Voraussetzungen** nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur **kurativen Mammographie** (s. Checkliste Mammographie)
- Nachweis über die Erfüllung der **fachlichen und apparativen Voraussetzungen** für die **Mammasonographie** nach der Ultraschallvereinbarung (s. Checkliste Ultraschall, Anwendungsbereich 6.1, insbesondere Zeugnis über die selbständige Durchführung von mindestens **200 B-Mode-Sonographien der Brustdrüse**)
- Zeugnis über die selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens **200** Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung in der Kernspintomographie befugten Arztes.
- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Geräte-meldebogen
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

Gerätemeldung Kernspintomographie

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des MRT-Gerätes: _____ _____ _____	_____ _____ _____
BSNR/NBSNR/IK: _____	

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung, des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der zugehörigen einschlägigen Bestimmungen.

Typ: Identifikation/Anl. Nr.:

Hersteller:

Baujahr: Feldstärke: Tesla

Gerätebesonderheiten:

.....

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie))

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Alt.1: Facharztanerkennung nach (Muster-) Weiterbildungsordnung **ab** 2003 einer Landesärztekammer

- Nachweis der erforderlichen **Fachkunde im Strahlenschutz** nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“

und

- Nachweis über die **selbstständige Durchführung von 50 Untersuchungen** unter Anleitung eines nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie in der Knochendichtemessung qualifizierten Arztes mit selbständiger Einstellung des Gerätes und selbständiger Befundung

Alt. 2: Facharztanerkennung nach (Muster-) Weiterbildungsordnung **vor** 2003

zusätzlich zu den Anforderungen nach Alt. 1:

- mindestens **12-monatige Tätigkeit** in der radiologischen Skelettdiagnostik, auf die eine bis zu 6-monatige ständige Tätigkeit in der nuklearmedizinischen Skelettdiagnostik angerechnet werden kann

und

- Nachweis, dass ein **Kolloquium** erfolgreich absolviert wurde

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:

- Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 3 RöV oder die Bestätigung über die Anzeige der Landesbehörde entsprechend § 4 RöV zum Betrieb der Röntgeneinrichtung
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung**".

Koloskopische Leistungen

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde **Innere Medizin und Gastroenterologie** oder Facharzturkunde **Innere Medizin** und Urkunde zur Schwerpunktbezeichnung **Gastroenterologie** einer Landesärztekammer

oder

- Facharzturkunde **Kinder- und Jugendmedizin** und Urkunde zur Zusatzweiterbildung **Kinder-Gastroenterologie** einer Landesärztekammer oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleistete, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie

oder

- Facharzturkunde **Kinderchirurgie** oder Facharzturkunde **Viszeralchirurgie** einer Landesärztekammer und Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht

und

- Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von
- **200** Koloskopien und **50** Polypektomien unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in der Koloskopie befugten Arztes **innerhalb von zwei Jahren** vor Anzeigenstellung (Internisten/Gastroenterologen, Viszeral-chirurgen)
 - **100** Koloskopien unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in der Koloskopie befugten Arztes (Kinderärzte und Kinderchirurgen)

- schriftliche oder bildliche Dokumentation zu den 50 Polypektomien (ausgenommen Kinderärzte und Kinderchirurgen)

und

- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- geeignete Notfallausstattung nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung:
- a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
 - b) Absaugvorrichtung
 - c) Sauerstoffversorgung
 - d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
 - e) Pulsoxymetrie und Rufanlage
- Nachweis für ein Sterilisationsgerät bei Verwendung von sterilisierbarem endoskopischem Zusatzinstrumentarium

3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- der Arzt erklärt sich bereit, Nachweis bzw. Erklärungen über **halbjährliche** Überprüfung der Hygienequalität (hygienisch-mikrobiologische Kontrolle mindestens eines Koloskops je Praxis der während der Koloskopie verwendeten Optikspülsysteme) auf Anfrage vorzulegen
- selbstständige Durchführung von mindestens **200** totalen Koloskopien und **10** Polypektomien innerhalb eines Zeitraumes von jeweils **12 Monaten** (gilt nicht für Kinderärzte und Kinderchirurgen)
- der Arzt erklärt sich bereit, an einer Prüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentation von **20** abgerechneten totalen Koloskopien und **fünf** Polypektomien teilzunehmen
- Für Kinderärzte und Kinderchirurgen: schriftliche und bildliche Dokumentation von **20** totalen Koloskopien innerhalb eines Zeitraums von jeweils **12 Monaten**

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Laboratoriumsuntersuchungen

(entspr. Richtlinien der KBV für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde **Laboratoriumsmedizin** einer Landesärztekammer als Nachweis der fachlichen Befähigung für alle Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM sowie der entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM

oder

- Facharzturkunde für **Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** einer Landesärztekammer als Nachweis der fachlichen Befähigung blutgruppenserologische, mikroskopische, immunologische, infektionsimmunologische, parasitologische, mykologische, bakteriologische und/oder virologische Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM sowie der entsprechenden Leistungen im Abschnitt 1.7 EBM

oder

- für Ärzte aus den neuen Bundesländern: Facharzturkunde für **Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie** einer Landesärztekammer, **nach 1970 erworben** als Nachweis der fachlichen Befähigung blutgruppenserologische, mikroskopische, immunologische, infektionsimmunologische, parasitologische, mykologische, bakteriologische und/oder virologische Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM sowie der entsprechenden Leistungen im Abschnitt 1.7 EBM

oder

- Facharzturkunde für **Transfusionsmedizin** einer Landesärztekammer als Nachweis der fachlichen Befähigung für blutserologische, immunologische und/oder infektionsimmunologische Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM sowie der entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM

oder

- Fachwissenschaftler der Medizin

oder

- Urkunde einer Landesärztekammer zu folgender **Facharztbezeichnung**:
(bitte angeben und beifügen) _____

und

- Weiterbildungszeugnis/se über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen

und

- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

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. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen

- regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen bezüglich der Leistungen für die eine Ringversuchspflicht gem. der Richtlinie der Bundesärztekammer in der aktuellen Fassung besteht

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde **Innere Medizin** einer Landesärztekammer

oder

Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens **100** kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG-Untersuchungen, einschließlich Auswertung und Beurteilung

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

vom Hersteller bzw. vom Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen zum Aufzeichnungs- und Auswertegerät

ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Gerätemeldung zur Erbringung von Langzeit-elektrokardiographischen Leistungen

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort der Geräte:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

Folgende Leistungen werden erbracht:

- Die Geräte müssen eine kontinuierliche Aufzeichnung über 24 Stunden bei simultaner, mindestens 2-kanaliger EKG-Ableitung gewährleisten.
- Die kontinuierliche oder diskontinuierliche Aufzeichnung muss sicherstellen, dass alle wichtigen Ereignisse erfasst werden.

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Für die Durchführung der Langzeit-EKG-Untersuchungen stehen folgende Geräte zur Verfügung:

Aufzeichnungsgerät:

Herstellerfirma:

Typ: Baujahr:

Auswertungsgerät:

Herstellerfirma:

Typ: Baujahr:

Hiermit wird bestätigt, dass die verwendeten Geräte den Anforderungen nach Abschnitt B der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen vom 1. April 1992 sowie den Sicherheitsanforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) entsprechen.

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

Mammographie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie)

Checkliste:

Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde **Radiologie** der Landesärztekammer Thüringen
- oder**
- Facharzturkunde **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** mit der Zusatzbezeichnung **Röntgendiagnostik der Mamma** der Landesärztekammer Thüringen
- und**
- Bescheinigung der Landesärztekammer Thüringen über die für den **Strahlenschutz** erforderliche **Fachkunde** nach §47 StrlSchV
- und**
- Nachweis über die Palpation und Inspektion der Mammæ unter Anleitung bei mindestens **500** Patientinnen
- Nachweis über die selbständige Befundung der Mammographien unter Anleitung in mindestens **500** Fällen
- Nachweis über die persönliche Einstellung des Strahlengangs bei mindestens 100 Patientinnen
- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung nach Abschnitt C der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt B, § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie:

- vom Hersteller oder vom Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen
- Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG oder die Bestätigung über die Anzeige der Landesbehörde entsprechend § 19 Abs. 1 StrlSchG zum Betrieb der Röntgeneinrichtung
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung:

- Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung nach Abschnitt D der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie
- Teilnahme an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach Abschnitt E der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absb. 2 SGB V zur kurativen Mammographie
- Aktualisierung der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde nach §48 StrlSchV

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Gerätemeldung Mammographie

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des Mammographie-Gerätes:	_____

_____	_____
BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen der Anlage I der Mammographie-Vereinbarung, des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der zugehörigen einschlägigen Bestimmungen.

Typ:..... Identifikation/Anl. Nr.:

Hersteller:

Baujahr: Feldstärke: Tesla

Gerätebesonderheiten:

.....

.....

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Molekulargenetik

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde **für Humangenetik** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **für Laboratoriumsmedizin** einer Landesärztekammer

oder

andere Facharztbezeichnung einer Landesärztekammer:.....

und

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“

oder

Ermächtigter **Fachwissenschaftler der Medizin**

2. Organisatorische Voraussetzungen (gem. § 4 der Molekulargenetik-Vereinbarung)

Die Molekulargenetik-Vereinbarung richtet sich an den Arzt, der die genetischen Untersuchungen durchführt und der Leistungen des Unterabschnitts 11.4.2 des EBM ausführt und abrechnet. Als "**verantwortliche ärztliche Person**" wird in der Molekulargenetik-Vereinbarung – gemäß § 3 Nr. 5 Gendiagnostikgesetz – derjenige Vertragsarzt bezeichnet, der molekulargenetische Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen **veranlasst** und ggf. durchführt.

Ich bin nicht "verantwortliche ärztliche Person" im Sinne von § 1 Abs. 4 der Molekulargenetik-Vereinbarung.

Von mir werden daher folgende **organisatorischen Voraussetzungen** nach §§ 4 und 9 Abs. 2 der Molekulargenetik-Vereinbarung erfüllt:

Der verantwortlichen ärztlichen Person wird ein **Verzeichnis der molekulargenetischen Leistungen** und schriftlichen Anweisungen für die fachgerechte Entnahme und Behandlung von Untersuchungsmaterial zur Verfügung gestellt.

Eine **Aufstellung der verwendeten Untersuchungsverfahren** ist dieser Anzeige beigelegt.

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Eine strukturierte Zusammenarbeit mit der verantwortlichen ärztlichen Person durch **Bereitstellung indikationsbezogener Auftragshinweise** wird gewährleistet. In unklaren Konstellationen erfolgt eine konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung zwischen der verantwortlichen ärztlichen Person und dem Arzt.

Muster der Auftragshinweise, die der verantwortlichen ärztlichen Person zur Verfügung gestellt werden, sind dieser Anzeige beigelegt (zu den Mindestinhalten der Auftragshinweise vgl. § 6 der Molekulargenetik-Vereinbarung)

3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

Entsprechend den Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer wird folgende interne und externe Qualitätssicherung nachgewiesen (§ 5 der Molekulargenetik-Vereinbarung):

- ein System der internen Qualitätssicherung
- die regelmäßige Teilnahme an geeigneten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuchen) einschließlich deren Ergebnisse gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 10 der Molekulargenetik-Vereinbarung

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Anforderungen an die Indikationsstellung nach § 6 der Molekulargenetik-Vereinbarung.
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach § 7 der Molekulargenetik-Vereinbarung
- Erstellung einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik für alle molekulargenetischen Untersuchungen in elektronischer Form jeweils bis zum 31.03. des Folgejahres nach § 8 der Molekulargenetik-Vereinbarung in Verbindung mit Anlage 1.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

MR-Angiographie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde **Radiologie** (nach (Muster-) Weiterbildungsordnung ab 2003) einer Landesärztekammer
- Nachweis der selbständigen Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon mindestens 75 der Hirn- und Halsgefäße), unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in dem Gebiet „Radiologie“ berechtigten Arztes innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeigenstellung. Ein nur teilweise zur Weiterbildung befugter leitender Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung nachweisen. Von den nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mindestens jeweils 20 Prozent mit der Time-of-Flight-(TOF)-, der Phasenkontrast (PC)- und der Kontrastmittelverstärkten (CE-)Technik erstellt worden sein.
- Nachweis 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 leitender Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung nachweisen.

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- geeignete Notfallausrüstung gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung
- vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Geräte-meldebogen

3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderungen:

- Nachbeobachtung des Patienten nach Kontrastmittelgabe von mindestens 20 Minuten ist gewährleistet.
- Zur Befundung werden die Original-Schnittbilder herangezogen.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

Gerätemeldung MR-Angiographie

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des MRT-Gerätes:	
_____	_____
_____	_____
BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Ausrüstung MRT-Gerät

Die apparative Ausstattung zur Durchführung von Leistungen der MR-Angiographie erfüllt die Anforderungen der Anlage 1 der Vereinbarung.

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma
bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des
Krankenhauses

Telefonnummer

Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Nuklearmedizin

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Alt. 1:

Facharzturkunde für **Nuklearmedizin** einer Landesärztekammer

oder

Alt. 2:

a) für nuklearmedizinische **in-vivo-Diagnostik**:

für die gesamte nuklearmedizinische Diagnostik: Zeugnis über eine mindestens 36-monatige ständige Tätigkeit in der nuklearmedizinischen Diagnostik aller Organbereiche unter der Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes (6 Monate nuklearmedizinische Therapie oder diagnostische Radiologie sind anrechnungsfähig)

für die nuklearmedizinische Diagnostik eines Organs oder Organsystems: Zeugnis über eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden nuklearmedizinischen Diagnostik unter der Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes

für die Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie (SPECT) zusätzlich eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit in diesem diagnostischen Verfahren unter der Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes

oder

b) für alleinige nuklearmedizinische **in-vitro-Diagnostik**:

Zeugnis über eine mindestens 3-monatige ständige Tätigkeit in der nuklearmedizinischen in-vitro-Diagnostik unter der Leitung eines dazu ermächtigten Arztes

und

Für den Nachweis der fachlichen Qualifikationen von a) und b) besteht Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

und

Bescheinigung einer Landesärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach der Strahlenschutzverordnung sowie Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen **pro beantragter Anwendungsklasse**
- Umgangsgenehmigung nach der Strahlenschutzverordnung
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Die Ausstattung und Anforderungen an die Untersuchungsgeräte zur nuklearmedizinischen Diagnostik richten sich nach der Strahlenschutzverordnung, den Richtlinien „Strahlenschutz in der Medizin“ und nach den auf der Grundlage beider Verordnungen erlassenen Richtlinien der zuständigen Ministerien. Die darin festgelegten generellen Anforderungen an nuklearmedizinische Einrichtungen werden in der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie vom 10. Februar 1993 um spezielle Anforderungen ergänzt, die für die sachgerechte Ausführung und Abrechnung von Leistungen in der Nuklearmedizin in den einzelnen Anwendungsklassen zu erfüllen sind. Für die einzelnen Anwendungsklassen gelten die in der Anlage III der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie aufgeführten Mindestanforderungen. Die Mindestanforderungen gelten für jeden Arbeitsplatz.

Gerätemeldung nuklearmedizinische Einrichtung

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des Gerätes:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Einrichtung zur nuklearmedizinischen Diagnostik mit der (den) angegebenen Option(en) den Anforderungen der apparativen Ausstattung gemäß Anlage III der seit 1. April 1993 geltenden Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993 zur Durchführung von Untersuchungen in der nuklearmedizinischen Diagnostik in der derzeit gültigen Fassung entspricht. Sie erfüllt ebenfalls die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) und den auf der Grundlage beider Verordnungen erlassenen Richtlinien der zuständigen Ministerien.

GENAUE BEZEICHNUNG DER EINRICHTUNG

Gamma-Kamera _____

Kamera-Typ gemäß Einteilung nach
Anlage III der Vereinbarung zur
Strahlendiagnostik und -therapie
vom 10. Februar 1993: _____

Datenverarbeitungssystem: _____

Aktivimeter: _____

Meßsonden: _____

Ganzkörperzähler: _____

Bohrlochmeßplatz:
(in-vitro-Meßplatz) _____

Gerät zur Knochendichtemessung: _____

Mit der vorgenannten Ausstattung werden folgende Anwendungsklassen gemäß Anlage III der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993, gültig seit 1. April 1993, in der derzeit gültigen Fassung, erfüllt:

- | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Klasse I | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Klasse II | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Klasse III | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Klasse IV | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Klasse V | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

Otoakustik - Bestimmung otoakustischer Emissionen

(entspr. Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** einer Landesärztekammer
- Facharzturkunde **Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen** (Phoniatrie und Pädaudiologie) einer Landesärztekammer

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- Angabe zum Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z.B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang an demselben Patienten gewonnener Messreihen)
- Kontrolle der Stabilität der Messsondenposition und der Stimulusqualität durch zeitliche Darstellung von Reiz und Reizantwort oder durch registrierte Angabe der Artefakte
- Hard- und softwaremäßige Artefakteerkennung und -unterdrückung (reizbedingte Artefakte, Bewegungsartefakte, Störgeräuschpegel)
- Angabe der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs
- Anzeige des Messablaufes einschließlich der o.g. Kontrollen auf dem Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Gerätemeldung otoakustische Emissionen

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort: _____ _____ _____	_____ _____ _____
BSNR/NBSNR/IK: _____	

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen).

Typ:.....

Hersteller:

Baujahr:

Tag der Installation:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

PET, PET/CT

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstherapie mit Computertomographie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

1.1 für PET:

Facharzturkunde **Radiologie** einer Landesärztekammer, sofern die geltende Weiterbildungsordnung zur Erbringung der PET berechtigt

oder

Facharzturkunde **Nuklearmedizin** einer Landesärztekammer

und

selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt ‚Nuklearmedizin‘ berechtigten Arztes innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeigenstellung. Der zur Weiterbildung befugte leitende Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der QS-Vereinbarung PET, PET/CT nachweisen. Die PET-Untersuchungen können auch ohne Anleitung anerkannt werden, wenn sie im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden.

und

Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z. B. CT oder MRT). Diese Kenntnisse und Erfahrungen sind zu erwerben durch die Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden.

1.2 für PET/CT:

Zusätzlich ist nachzuweisen:

Erfüllung der Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen der Computertomographie entsprechend der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (siehe Checkliste Computertomographie)

oder

Kooperation mit einem Facharzt, welcher die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie erfüllt.

Facharzt aus dem interdisziplinären Team: _____

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen
- Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 3 RöV oder die Bestätigung über die Anzeige der Landesbehörde entsprechend § 4 RöV zum Betrieb der Röntgeneinrichtung
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Des Weiteren ist eine geeignete Notfallausrüstung vorzuhalten, bestehend aus mindestens:

- Frischluftbeatmungsgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage
- Notfall-Arztkoffer

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderungen:

3. Organisatorisch

1. Die Durchführung erfolgt unter Einsatz eines kombinierten PET/CT-Gerätes in unmittelbarer Zusammenarbeit zwischen dem Arzt, der die fachlichen Anforderungen nach Nr. 1.1 erfüllt und einem Arzt, der die fachlichen Anforderungen nach Nr.1.2 erfüllt.
2. Die Indikationsstellung zur PET und PET/CT erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit.
3. Im interdisziplinären Team erfolgen im Weiteren:
 - a) Die Befundbesprechungen zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET- bzw. PET/CT-Befunde und
 - b) die Nachbesprechungen in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.
4. Das Team besteht bei den Indikationen gem. § 1 Nr. 1-3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT mindestens aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/ Fachärzten nach § 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen und einem Facharzt für Thoraxchirurgie, um in jedem Einzelfall abzuwägen, ob die Durchführung der PET bzw. PET/CT zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist.
5. Das Team besteht bei der Indikation gem. § 1 Nr. 4-5 QS-Vereinbarung PET, PET/CT mindestens aus dem /n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET /CT verantwortlichen Facharzt/ Fachärzten nach § 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und einem Facharzt für Strahlentherapie. Soll die PET bzw. PET/CT zur Klärung der Operabilität eingesetzt werden, ist ein Facharzt für Thoraxchirurgie einzubeziehen, um in jedem Einzelfall abzuwägen, ob die Durchführung der PET bzw. PET/CT zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist.

6. Das Team besteht bei der Indikation gem. § 1 Nr. 6 QS-Vereinbarung PET, PET/CT mindestens aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin nach § 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und dem verantwortlichen Strahlentherapeuten.
7. Das Team besteht bei den Indikationen gem. § 1 Nr. 7-8 QS-Vereinbarung PET, PET/CT mindestens aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin nach § 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT, 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.
8. Das Team besteht bei den Indikationen gem. § 1 Nr. 9, 11 und 12 QS-Vereinbarung PET, PET/CT mindestens aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin nach § 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT und dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie.
9. In die Entscheidung über
 - die Erforderlichkeit einer thoraxchirurgischen Intervention bei den Indikationen nach § 1 Nr. 1-5 QS-Vereinbarung PET, PET/CT
 - die Bestrahlung von Resttumoren bei der Indikation nach § 1 Nr. 6 QS-Vereinbarung PET, PET/CT
 - die Durchführung einer Neck Dissection nach § 1 Nr. 7 QS-Vereinbarung PET, PET/CT
 - die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie nach § 1 Nr. 8 QS-Vereinbarung PET, PET/CT
 - die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie nach § 1 Nr. 9 QS-Vereinbarung PET, PET/CT
 - die sich aus dem initialen Staging ergebende Therapieplanung nach § 1 Nr. 11 und 12 QS-Vereinbarung PET, PET/CT

sollen ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.
10. Die Durchführung der PET bzw. PET/CT ist an die Voraussetzung geknüpft, dass die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten ggf. notwendigen Fachdisziplinen geregelt ist. Diese kann auch durch Kooperation mit für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen Institutionen und Einrichtungen erfolgen. Dazu ist für jede kooperierende Einrichtung ein Ansprechpartner zu benennen. Die nachfolgenden Einrichtungen müssen werktäglich verfügbar sein:
 - a) Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT: Eigenständige thoraxchirurgische Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie oder den unter Absatz 4 genannten thoraxchirurgisch tätigen Fachärzten
 - b) Für die Indikation nach § 1 Nr. 6-8 QS-Vereinbarung PET, PET/CT: Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - c) Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-9, 11 und 12 QS-Vereinbarung PET, PET/CT: Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT)
 - d) Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-9, 11 und 12 QS-Vereinbarung PET, PET/CT: Strahlentherapie
 - e) Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-5 QS-Vereinbarung PET, PET/CT: Onkologie/Pneumologie
 - f) Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-9, 11 und 12 QS-Vereinbarung PET, PET/CT: Pathologie
 - g) Für die Indikationen nach § 1 Nr. 7-8 QS-Vereinbarung PET, PET/CT: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

11. Positive PET-Befunde, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen würden, sind grundsätzlich histologisch oder zytologisch bzw. im weiteren Verlauf bildgebend-apparativ zu verifizieren, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen sind in jedem Einzelfall zu begründen.

4. Dokumentation

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind bei Durchführung einer PET bzw. PET/CT patientenbezogene Daten gem. § 6 QS-Vereinbarung PET, PET/CT zu dokumentieren.

5. Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

Es wird gewährleistet, dass die fachliche Befähigung entsprechend den Anforderungen gem. § 7 QS-Vereinbarung PET, PET/CT eingehalten wird.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Gerätemeldung PET, PET/CT

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des PET-Systems:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Ausrüstung PET-Gerät/Kombiniertes PET/CT-Gerät

- Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung $\leq 5,5$ mm nach Angaben des Herstellers
Angaben zur Auflösung: _____mm
- Einsatz eines PET-Gerätes mit der Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT (Leistungen der PET) bzw. eines kombinierten PET/CT-Gerätes (Leistungen der PET/CT)
- Möglichkeiten zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)

Das verwendete Gerät erfüllt die apparativen Anforderungen gem. § 4 Abs. 1-3 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT.

Typ:..... Identifikation/Anl. Nr.:

Hersteller:

Baujahr:

Gerätebesonderheiten:

.....

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma
bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des
Krankenhauses

Telefonnummer

Ansprechpartner

Polygraphie

(entspr. Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

oder soweit die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ nicht erworben wurde:

Facharzturkunde für **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Kinder- und Jugendmedizin** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Neurologie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Psychiatrie und Psychotherapie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Innere und Allgemeinmedizin** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Allgemeinmedizin** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Innere Medizin** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Innere Medizin und Pneumologie** einer Landesärztekammer

und

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens fünf Tagen, der während der letzten 12 Monate vor Antragstellung und innerhalb von 6 Monaten absolviert sein muss.

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Der Nachweis muss Folgendes beinhalten:

Die Vermittlung von Grundlagen der Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik von schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Einbeziehung praktischer Übungen zur Auswertung einfacher Schläfrigkeitstests und zur Registrierung der klinisch relevanten Parameter mit verschiedenen Polygraphier-Systemen.

Der Kursleiter leitet seit mindestens 3 Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen und hat in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt.

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter ableiten zu können. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens 6 Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:
 - Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
 - Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
 - Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
 - Aufzeichnung der Körperlage
 - Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
 - Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
 - abgeleitete Rohdaten stehen für visuelle Auswertung zur Verfügung.

Gerätemeldung über das verwendeten Polygraphiegerät

In meiner Praxis wird/werden insgesamt Polygraphiegerät(e) verwendet*.

Nachstehend aufgeführtes Polygraphiegerät wird eingesetzt*:

Hersteller:

Typ-Bezeichnung:

Baujahr:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Polysomnographie

(entspr. Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

und

Vorlage entsprechender Nachweise, welche von dem ärztlichen Leiter eines Schlaflabors unterzeichnet sein müssen und aus denen Folgendes hervorgeht:

eine mindestens 6-monatige ganztägige oder eine mindestens 2-jährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung**

selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung**

selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung**

selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung**

selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstest unter Anleitung**

Die Anleitung muss bei einem Arzt stattgefunden haben, der mindestens seit 3 Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat.

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter ableiten zu können. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens 6 Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)

Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)

Elektrokardiographie (EKG)

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
- Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
- Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
- Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
- Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Für jeden Patienten muss ein eigener Schlafraum zur Verfügung stehen. Der Schlafraum muss räumlich getrennt vom Ableitraum sein, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.
- Der Schlafraum muss über eine entsprechend seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage verfügen sowie so schallgeschützt sein, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

Bei der Durchführung ist zu gewährleisten:

- Während der Polysomnographie muss eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend sein.
- Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten muss bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung stehen.
- Die Namen des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Polysomnographie sind zu dokumentieren.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Gerätemeldung über das verwendeten Polygraphiegerät

In meiner Praxis wird/werden insgesamt Polygraphiegerät(e) verwendet.

Nachstehend aufgeführtes Polygraphiegerät wird eingesetzt:

Hersteller:

Typ-Bezeichnung:

Baujahr:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Psychosomatische Grundversorgung

(entspr. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Anlage 1 BMV-Ä)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde einer Landesärztekammer

und

Nachweis einer mindestens dreijährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit

und

Vorlage von Weiterbildungszeugnissen und Bescheinigungen, aus denen der Erwerb entsprechender Kenntnisse und Erfahrungen in einem Umfang von mindestens 80 Stunden erworben wurden, insbesondere Belege über:

Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren

und

Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (d.h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr

und

Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer

Die Kenntnisse und Erfahrungen müssen in anerkannten Weiterbildungsangeboten und die Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung bei anerkannten Balint-Gruppenleitern bzw. anerkannten Supervisoren erworben worden sein.

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Rhythmusimplantat-Kontrolle

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten)

Checkliste:

Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Alt.1:

Facharzturkunde **Innere Medizin und Kardiologie** und Nachweis „Spezielle Rhythmologie“ einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **Kinder- und Jugendmedizin** und Nachweis „Spezielle Rhythmologie“ einer Landesärztekammer

Alt. 2:

Facharzturkunde **Innere Medizin und Kardiologie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie** einer Landesärztekammer

und

a) bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle:**

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von **200** Herzschrittmacherkontrollen unter Anleitung*** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in den entsprechenden Gebieten/Schwerpunkten befugten Arztes **innerhalb von 36 Monaten** vor Anzeigenstellung,

oder

b) bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher- und der ICD-Kontrolle:**

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen und 50 ICD-Kontrollen unter Anleitung*** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in den entsprechenden Gebieten/Schwerpunkten befugten Arztes **innerhalb von 36 Monaten** vor Anzeigenstellung.

oder

c) bei Beantragung von Leistungen der Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle:**

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 150 Herzschrittmacherkontrollen, 50 ICD-Kontrollen und 30 CRT-Kontrollen unter Anleitung*** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in den entsprechenden Gebieten/Schwerpunkten befugten Arztes **innerhalb von 36 Monaten** vor Anzeigenstellung.

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Die Anforderungen gelten aufgrund der sehr geringen Patientenzahlen nicht für Kinder-Kardiologen.

***Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung"

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderungen:

2. Anforderungen an die apparative Voraussetzungen

Die Praxis hält nachfolgend apparative Voraussetzungen gem. § 6 vor:

- ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät
- ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen
- eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator
- die Verpflichtung nach § 16 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung zur Mitwirkung an den korrektiven Maßnahmen entsprechend den Maßnahmenempfehlungen des Verantwortlichen nach § 5 MPG wird erfüllt.

3. Laufende Anforderungen:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung
- Anforderungen an die schriftliche Dokumentation gem. § 8 wird erfüllt
- Bereitschaft zur Teilnahme an den stichprobenhaften Überprüfungen der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis entsprechend den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung, vgl. § 10 Abs. 4.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Telemedizinische Funktionsanalysen von implantierbaren Defibrillatoren und CRT-Systemen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderungen gemäß Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä:

- **Einwilligung des Patienten (Nr. 8 Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä):**
Die telemedizinische Funktionsanalyse erfolgt nur nach Einwilligung des Patienten. Er wird vor Erteilung der Einwilligung insbesondere auf den vorgesehenen Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und die Freiwilligkeit der Einwilligung hingewiesen. Die Einwilligung muss sich ausdrücklich auch auf die Gesundheitsdaten beziehen und erfolgt in Schriftform. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, wird sie besonders hervorgehoben.

- **Datenschutz und -sicherheitsanforderungen (Nr. 24 bis 32 Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä):**
 - Vertraulichkeit: Es werden die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis beachtet.
 - Authentizität: Zugriffe auf die Anwendung des Telemedizinanbieters können eindeutig einem berechtigten Mitarbeiter der Arztpraxis zugeordnet werden.
 - Revisionsfähigkeit: Die Dokumentation der abgerufenen Daten obliegt der Arztpraxis.
 - Nutzungsfestlegung: Die Daten werden nur zur Funktionsanalyse von Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und CRT-P-/CRT-D-Systemen durch die behandelnde Arztpraxis erstellt und verwendet.

- **Datenhaltung und Datenübertragung (Nr. 37 Anhang 1 zur Anlage 31 BMV-Ä):**
 - Standards: Es werden die jeweils aktuellen Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung beachtet, insbesondere hinsichtlich der Anforderungen an den Viruschutz, die Firewall und die weiteren Vorgaben zur Absicherung der IT-Infrastruktur der Arztpraxis.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Röntgendiagnostik (Diagnostische Radiologie)

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde für **Radiologie** oder **Diagnostische Radiologie** einer Landesärztekammer

oder

soweit die Facharzturkunde in Radiologie oder Diagnostischer Radiologie nicht erworben wurde: Bescheinigung einer Landesärztekammer zur Weiterbildung in der fachgebietspezifischen Röntgendiagnostik nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung mit dem Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten mit Vorlage entsprechender Nachweise

oder

Vorlage entsprechender Nachweise, dass in der diagnostischen Radiologie folgender Organbereiche während der genannten Zeit unter der Leitung zur Weiterbildung entsprechend ermächtigter Ärzte tätig gewesen ist und in den jeweiligen Organbereichen ausreichende Kenntnisse erworben wurden:

a) Für die gesamte Röntgendiagnostik eine mindestens 36-monatige ständige Tätigkeit in der Röntgendiagnostik aller Organbereiche. Dabei sind sechs Monate nuklearmedizinische Diagnostik anrechnungsfähig, soweit diese unter der Anleitung zur Weiterbildung ermächtigter Ärzte absolviert worden sind.

b) Für die Röntgendiagnostik der **Thorax-Organen** eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik

c) Für die Röntgendiagnostik der **Extremitäten** eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik

d) Für die Röntgendiagnostik des **Schädels** eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik

e) Für die Röntgendiagnostik des **Harntraktes und/oder der Geschlechtsorgane** eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik

f) Für die Röntgendiagnostik des **gesamten Skeletts** eine mindestens 18-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik

g) Für die Röntgendiagnostik des **Verdauungstraktes und/oder der Gallenwege** eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik

h) Für die Röntgendiagnostik eines **speziellen Organsystems**, das unter a) bis g) nicht genannt ist, eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik

Bei Erwerb der fachlichen Qualifikation nach b) bis h) für mehr als einen der genannten Organbereiche können auf die geforderten Zeiten der weiteren Organbereiche jeweils sechs Monate angerechnet werden.

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

und

Für den Nachweis der fachlichen Qualifikationen von a) bis h) besteht Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Bescheinigung einer Landesärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach der RöV sowie Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 3 RöV oder die Bestätigung über die Anzeige der Landesbehörde entsprechend § 4 RöV zum Betrieb der Röntgeneinrichtung

ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Schmerztherapie

(entspr. Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach

Die nachfolgend genannten Untersuchungen und Behandlungen müssen selbständig und unter Anleitung** eines Arztes, welcher die Voraussetzung zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht einer Landesärztekammer für die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfüllt, absolviert werden.

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden
- Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten
- Psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten
- eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie
- Einsatz schmerztherapeutische Verfahren
- Schmerzbewältigungstraining einschließlich Entspannungsverfahren
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen
- standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes
- medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase
- spezifische Pharmakotherapie bei 100 Patienten
- Multimodale Therapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit bei 50 Patienten
- Stimulationstechniken (z.B. TENS) bei 25 Patienten
- diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 25 Patienten
- spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 25 Patienten
- Teilnahme an einem von einer Landesärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

- ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus (Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt)
- Erfüllung der Anforderungen für die Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (s. Checkliste Psychosomatische Grundversorgung)

zusätzlich für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten:

- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 25 Patienten

zusätzlich für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten:

- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 25 Patienten **zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten**
- Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten
- davon 10 Sympathikusblockaden

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderungen:

2. Apparative/Räumliche Ausstattung

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden
- rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze

3. Laufende Anforderungen

- regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz gem. § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung innerhalb von 12 Monaten vor Anzeigenstellung
- die Schmerztherapeutische Versorgung gem. § 5 QS-Vereinbarung Schmerztherapie
- es erfolgt der Einsatz von Schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren gem. § 6 QS-Vereinbarung Schmerztherapie
- die Dokumentation erfolgt unter den Beachtung der Vorgaben gem. § 7 QS-Vereinbarung Schmerztherapie
- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Sozialpädiatrie

(entspr. Präambel zum Abschnitt 4.2.4 EBM))

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde für **Kinder- und Jugendmedizin** einer Landesärztekammer

und

Nachweis einer sozialpädiatrischen Qualifikation im Umfang von mindestens 40 Stunden gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer

oder

Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von mindestens sechs Monaten in einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. in einer interdisziplinären Frühförderstelle

2. Sonstige Anforderungen:

Es wird erklärt, dass mindestens folgende Kooperationen vorgehalten werden:

Logopädie

Physiotherapie

Ergotherapie

Sozialpädiatrisches Zentrum

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Strahlentherapie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Facharzturkunde für **Strahlentherapie** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde für **Radiologie, Teilgebiet: Strahlentherapie** einer Landesärztekammer (nach Übergangsrecht der Weiterbildungsordnung)

oder

Facharzturkunde für **Radiologie**, sofern die fachliche Qualifikation für Strahlentherapie erworben wurde

oder

Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in fachgebietspezifischer Nahbestrahlungs-, Weichstrahl- und Orthovolttherapie gemäß Weiterbildungsordnung durch die Vorlage ausreichender Zeugnisse

Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in fachgebietspezifischer Brachytherapie gemäß Weiterbildungsordnung durch die Vorlage ausreichender Zeugnisse

oder

Vorlage ausreichender Zeugnisse als Nachweis für folgende fachliche Voraussetzungen: siehe §47 StrlSchV

a) Für die Nahbestrahlungstherapie eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit in dieser Strahlentherapie unter der Leitung eines dazu ermächtigten Arztes

b) Für die Weichstrahltherapie eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit in der Strahlentherapie von Hautkrankheiten unter der Leitung eines dazu ermächtigten Arztes

c) Für die Orthovolttherapie eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in dieser Strahlentherapie unter Leitung eines dazu ermächtigten Arztes

d) Für die Brachytherapie eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit in der Brachytherapie des jeweiligen Organbereichs unter Leitung eines dazu ermächtigten Arztes

und

Für den Nachweis der fachlichen Qualifikationen von a) bis d) besteht Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Bescheinigung einer Landesärztekammer über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach der Strahlenschutzverordnung sowie Bescheinigung zur Aktualisierung der Fachkunde

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- vom Hersteller bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemelde-bogen **pro beantragter Anwendungsklasse**
- Genehmigungsbescheid der Landesbehörde entsprechend § 3 Abs.1 RöV oder Betriebserlaubnis nach § 4 Abs. 1 RöV bzw. Umgangsgenehmigung nach § 3 Abs. 1 StrSchV
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Die Anforderungen an die Bestrahlungsgeräte sowie an die Hilfsgeräte in der Strahlentherapie richten sich nach der Röntgenschutzverordnung, nach der Strahlenschutzverordnung, den Richtlinien „Strahlenschutz in der Medizin“ und nach den auf der Grundlage beider Verordnungen erlassenen Richtlinien der zuständigen Ministerien.

Gerätemeldung über die verwendeten Bestrahlungsgeräte

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Standort des Bestrahlungsgerätes:	_____

BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

1. Therapie mit weichen Strahlen

Hersteller:

Typ: Baujahr:

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe I a? ja nein

2. Therapie mit harten Strahlen

Hersteller:

Typ: Baujahr:

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe II a? ja nein

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe II b? ja nein

3. Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)

Hersteller:

Typ: Baujahr:

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe III? ja nein

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

4. Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)

Hersteller:

Typ: Baujahr:

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe IV a? ja nein

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe IV b? ja nein

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe IV c? ja nein

5. Brachytherapie

Erfüllung der Mindestanforderung der Anwendungsgruppe V? ja nein

Die genannte apparative Ausstattung genügt den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Röntgenverordnung (RöV) sowie den Forderungen nach Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen/CT

(entspr. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 1 Satz 1 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä))

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung:

Es liegt eine Genehmigung zur Durchführung von

Röntgenuntersuchungen

und/oder

Computertomographie-Untersuchungen

vor.

Alternativ:

Nachweis über die Erfüllung der **fachlichen und apparativen Voraussetzungen** nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (s. Checkliste **Röntgen**)

und/oder

Nachweis über die Erfüllung der **fachlichen und apparativen Voraussetzungen** nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (s. Checkliste **Computertomographie**)

2. technische Anforderungen:

a) an den Facharzt:

Die digitale Bildaufzeichnung bei Röntgen und Computertomographie entspricht den Anforderungen der Röntgenverordnung § 3 Absatz 3 Nummer 2a.

Die digital erstellten Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen werden für die telekonsiliarische Befundbeurteilung gemäß § 1 Absatz 1 Satz 2 konform zum DICOM-Standard weitergegeben.

Die apparative Ausstattung (z.B. Bildwiedergabeeinrichtung) und die elektronische Datenübertragung gewährleisten, dass die diagnostische Aussagekraft der digital erstellten und übermittelten Röntgen- und/oder CT-Aufnahme(n) nicht beeinträchtigt wird.

Zur Übermittlung von Dateien im Zusammenhang mit einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung verwendet der Facharzt ausschließlich Kommunikationsdienste nach § 6 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 1 Satz 1 SGB V (Anlage 31a zum BMV-Ä).

- Zur Sicherstellung datenschutzkonformer Transportwege für die Übermittlung dieser Dateien verwenden die Kommunikationsdienste nach § 6 ein virtuelles privates Netzwerk (virtual private network; VPN).
- Der behandelnde Facharzt versieht die elektronische Beauftragung des Konsiliararztes mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis (HBA) gemäß § 291a SGB V.

b) an den Kommunikationsdienst:

- der für die Übertragung der konsiliarischen Befundbeurteilung genutzte Kommunikationsdienst erfüllt die Anforderungen nach § 6 BMV-Ä Anlage 31 a. Eine Erklärung des Kommunikationsdienstes liegt als Nachweis bei.

Erklärung Kommunikationsdienst:

Nutzer der apparativen Einrichtung für die Telekonsile:

Name, Vorname: _____

LANR: _____

Standort: _____

BSNR/NBSNR: _____

1) Allgemeine Anforderungen an den Kommunikationsdienst

Gemäß § 6 BMV-Ä Anlage 31 a erfüllt der zur Übertragung der für die konsiliarische Befundbeurteilung notwendigen Dateien genutzte Kommunikationsdienst die folgenden Anforderungen:

- Der Kommunikationsdienst gewährleistet, dass die bei der digitalen Bildaufzeichnung nach § 5 einzuhaltenden Standards auch nach der Übermittlung erfüllt werden und die diagnostische Aussagekraft nicht beeinträchtigt wird.
- Der Kommunikationsdienst gewährleistet eine adressierte Kommunikation sowie eine eindeutige Identifizierung des Absenders und Empfängers.
- Der Kommunikationsdienst gewährleistet, dass der Inhalt der Nachricht während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem Stand der Technik gemäß aktuell gültiger Technischer Richtlinie 3116-1 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.
- Der Kommunikationsdienst gewährleistet, dass neben der digitalen Bildübermittlung auch weitere patientenbezogene Dateien übermittelt werden können.

2) Angaben zum Datenübermittlungsverfahren

- Der Kommunikationsdienst wurde von der gematik als „Sicheres Übermittlungsverfahren“ im Sinne des § 291b Absatz 1e SGB V zugelassen.

oder

- Insofern ein Dienst nach § 291b Absatz 1e SGB V, der die digitale Bildübermittlung gemäß der Vereinbarung in der Telematikinfrastruktur für Vertragsärzte ermöglicht, noch nicht verfügbar ist oder die Telematikinfrastruktur die Bildübertragung noch nicht ermöglicht, muss der Anbieter den Nachweis führen, dass er die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und die Anforderungen nach § 6 Abs. 1 erfüllt.

Dieser Nachweis wird erbracht durch:

- ein Zertifikat des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik
- ein Zertifikat über die technische Sicherheit sowie zusätzlich ein Datenschutzzertifikat von jeweils einer von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DakkS) akkreditierten Stelle
- ein Gütesiegel, das von einer unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörde vergeben bzw. anerkannt wurde
- eine Bestätigung der gematik gemäß § 291a Absatz 7 Satz 3 SGB V.

Diese Übergangsfrist endet sechs Monate nachdem ein Kommunikationsdienst im Sinne des § 291b Absatz 1e SGB V von der gematik zugelassen wurde.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Kommunikationsdienstes

Telefonnummer

Ansprechpartner

Übende und suggestive Interventionen

(entspr. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Anlage 1 BMV-Ä)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen der Weiterbildung

oder

- Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen des Fachkundenachweises in der tiefenpsychologisch fundierten und/oder analytischen Psychotherapie oder in der Verhaltenstherapie

oder

- Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an zwei Kursen von jeweils acht Doppelstunden im Abstand von mind. sechs Monaten in den jeweiligen Interventionen

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E)

Ultraschalldiagnostische Leistungen

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

- Facharzturkunde einer Landesärztekammer

Alt. 1: Erwerb der fachlichen Befähigung nach (Muster-) **Weiterbildungsordnung**

- die der erworbenen Facharztbezeichnung zugrundeliegende Weiterbildungsordnung sieht den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ultraschalldiagnostik in den beantragten Anwendungsbereichen vor
- Nachweis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung** eines entsprechend qualifizierten Arztes **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 3 Ultraschallvereinbarung)

Alt. 2: Erwerb der fachlichen Befähigung in einer **ständigen Tätigkeit**

- Nachweis 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
- Nachweis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung** eines entsprechend qualifizierten Arztes **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 4 Ultraschallvereinbarung)
- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

Alt. 3: Erwerb der fachlichen Befähigung durch **Ultraschallkurse**

- Zertifikat** über die erfolgreiche Teilnahme an Ultraschallkursen nach § 6 Abs. 1 Buchst. b Ultraschallvereinbarung (Grund-, Aufbau-, und Abschlusskurs)
- Nachweis über die selbständige Durchführung der erforderlichen **Mindestanzahl** von Ultraschalluntersuchungen unter Anleitung** eines entsprechend qualifizierten Arztes **je beantragtem Anwendungsbereich** (Anlage I Spalte 4 Ultraschallvereinbarung)
- Bereitschaft zur Teilnahme an einem Kolloquium

* Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E)

**Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

- Vom Hersteller bzw. vom Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen mit Bestätigung der Anforderungen der beantragten Anwendungsklassen
- ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft
- Gewährleistung der Einhaltung der technischen Bildqualität

3. Laufende Anforderungen:

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der nachfolgenden Anforderung:

- Bereitschaft zur Teilnahme an den stichprobenhaften Überprüfungen der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen zu abgerechneten Ultraschalluntersuchungen, vgl. § 11 Ultraschallvereinbarung und Anlage V Ultraschallvereinbarung

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Gerätemeldung über das verwendete Ultraschalldiagnostikgerät

Genauere Bezeichnung des Gerätes: _____

Baujahr: _____ Hersteller/Vertreiber: _____

Nutzer des Gerätes:	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Standort des Ultraschallgerätes: _____	_____ _____ _____
_____	_____

BSNR/NBSNR/IK:

Erklärungen:

Vor der erstmaligen Inbetriebnahme des hier angegebenen Ultraschallsystems** wurden die Nutzer des Gerätes von einer gemäß § 9 Abs. 4 Ultraschallvereinbarung qualifizierten Person in die sachgerechte Handhabung, die Anwendung und den Betrieb eingewiesen.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Es wird ein Kippliegen-Ergometer bereitgehalten.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Es wird versichert, dass die in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.
--

Ort und Datum:

Unterschrift des Anzeigestellers

Ort und Datum:

Unterschrift des ausführenden Arztes

*gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

**Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung in der Fassung vom 01.10.2017 ist ein Gerät zur Ultraschalldiagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

Gewährleistungserklärung – Ultraschalldiagnostik

(von Hersteller/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Für die Durchführung der Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme** eingesetzt:

Herstellerfirma: _____

(Adresse)

Geräte-Bezeichnung: _____

(Vollständige Herstellerangaben)

Geräte-Nummer: _____

(Seriennummer)

Baujahr: _____

Auslieferungsdatum: _____

<input type="checkbox"/>	<p>Das Ultraschalldiagnostikgerät erfüllt die allgemeinen Bestimmungen hinsichtlich der Gerätesicherheit, biologische Sicherheit und der technischen Leistungsfähigkeit entsprechend § 9 Abs. 1 (insb. Anlage III Punkt 1 und 2) der Ultraschall-Vereinbarung in der Fassung vom 01.04.2020.</p>
--------------------------	---

Angaben zu den Schallköpfen:				Durch den Arzt zu bestätigen, welcher Schallkopf in der ASV genutzt wird
Schallkopf-Bezeichnung	Seriennummer des Schallkopfes	Scanmodus	Frequenz/-bereich	
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die im folgenden bestätigten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 iVm der Anlage III der Ultraschallvereinbarung:

Zutreffendes bitte ankreuzen

AK 1	GEHIRN	
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 2	AUGE	
AK 2.1	Gesamtes Auge (A-Modus)	<input type="radio"/>
AK 2.2	Gesamtes Auge (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 2.3	Biometrie des Auges (A-Modus)	<input type="radio"/>
AK 2.4	Biometrie des Auges, automatische Laufzeitmessung (A-Modus)	<input type="radio"/>
AK 2.5	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges (A-Modus)	<input type="radio"/>
AK 2.6	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 3	KOPF UND HALS	
AK 3.1	Nasennebenhöhlen (A-Modus)	<input type="radio"/>
AK 3.2	Nasennebenhöhlen (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 3.4	Schilddrüse (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 4	HERZ UND HERZNAHE GEFÄSSE / ECHOKARDIOGRAPHIE	
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)	<input type="radio"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)	<input type="radio"/>
AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)	<input type="radio"/>
AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)	<input type="radio"/>
AK 4.5	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung – Jugendliche, Erwachsene (B-Modus mit M-Modus)	<input type="radio"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus mit M-Modus)	<input type="radio"/>
AK 5	THORAXORGANE	
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 6	BRUSTDRÜSE	
AK 6.1	Brustdrüse (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 7	ABDOMEN, RETROPERITONEUM (EINSCHL. NIEREN)	
AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan – Jugendliche, Erwachsene (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (B-Modus)	<input type="radio"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkavitär (B-Modus)	<input type="radio"/>

AK 8	URO-GENITALORGANE	
AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan (B-Modus)	○
AK 8.2	sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan (B-Modus)	○
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär (B-Modus)	○
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan (B-Modus)	○
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär (B-Modus)	○
AK 9	SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK	
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan (B-Modus)	○
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär (B-Modus)	○
AK 10	BEWEGUNGSAPPARAT	
AK 10.1	Bewegungsapparat (B-Modus)	○
AK 10.2	Bewegungsapparat, Säuglingshüfte (B-Modus)	○
AK 11	VENEN	
AK 11.1	Venen der Extremitäten (B-Modus)	○
AK 12	HAUT / SUBKUTIS	
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis (B-Modus)	○
AK 12.2	Haut, subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten (B-Modus)	○
AK 20	DOPPLER-VERFAHREN (CW-, PW-, DUPLEX-, FARBDUPLEX-MODUS)	
AK 20.1	Extrakranielle Gefäße (CW-Doppler)	○
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten (CW-Doppler)	○
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	○
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems (PW-Doppler)	○
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	○
AK 20.6	Extrakranielle Gefäße (Duplex mit Farbkodierung)	○
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße (Duplex mit Farbkodierung)	○
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten (Duplex mit Farbkodierung)	○
AK 20.9	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum (Duplex mit Farbkodierung)	○
AK 20.10	Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex mit Farbkodierung)	○
AK 21	DOPPLER - HERZ UND HERZNAHE GEFÄßE	
AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal – Jugendliche, Erwachsene (CW-Doppler)	○
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (CW-Doppler)	○
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal – Jugendliche, Erwachsene (PW-Doppler)	○
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder (PW-Doppler)	○
AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (CW-Doppler)	○
AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (PW-Doppler)	○
AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, transthorakal (Farbduplex)	○
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal (Farbduplex)	○

AK 22 DUPLEX-SCHWANGERSCHAFTSDIAGNOSTIK

- AK 22.1 Fetales kardiovaskuläres System (Farbduplex)
- AK 22.2 Fetomaternales Gefäßsystem (Farbduplex)

AK 23 NERVEN UND MUSKELN

- AK 23.1 Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße (B-Modus und ggf. Farbduplex)

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 der Ultraschall-Vereinbarung ein Schallkopf für endosonographische Untersuchungen zur Anwendung kommen soll, wird hiermit bestätigt, dass der Hersteller in der Gebrauchsanweisung Angaben zu mindestens einem wirksamen und materialverträglichen Desinfektionsverfahren mit bakterizider, viruzider und fungizider Wirkung zur Verfügung stellt. Der Nachweis der Wirksamkeit der anerkannten Methoden muss seitens des Herstellers durch ein Gutachten belegt sein und wird im Rahmen der Gewährleistungserklärung nachgewiesen.

|

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

Vakuumbiopsie

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust)

Checkliste:

Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V (s. Checkliste Mammographie)

oder

Genehmigung für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV oder Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

und

Nachweis über die **selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien** unter Ultraschallkontrolle und von **25 Vakuumbiopsien** unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die Weiterbildung für den Bereich Mammadiagnostik im Gebiet der Radiologie oder im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe befugten Arztes, welcher über eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügt, innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt B, § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie:

vom Hersteller oder vom Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses unterschriebener Gerätemeldebogen

ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft

Des Weiteren ist vorzuhalten:

Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manueller Beatmung

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt "unter Anleitung".

3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Möglichkeiten der Patientennachbetreuung über mindestens 30 Minuten
- Anforderungen an die Indikationsstellung (§ 5 der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)
- Anforderungen zur Durchführung der Vakuumbiopsie (§ 6 der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation (§ 7 der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)
- Anforderungen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (§ 8 der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Gerätemeldung Vakuumbiopsie

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des Vakuumbiopsie-Gerätes:	_____
_____	_____
BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen)

Die folgenden Mindestanforderungen nach § 4 der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust werden erfüllt:

- Röntgeneinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert
- technikgestützte Nadelführung
- Vakuumbiopsiesystem
- Vakuumnadeln mit Nadeldicken von 11G oder dicker, sowie passende Mikroclips

Das verwendete Gerät erfüllt die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der zugehörigen einschlägigen Bestimmungen.

Typ: Identifikation/Anl. Nr.:

Hersteller:

Baujahr:

Gerätebesonderheiten:

.....

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte

Videosprechstunde

(entspr. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 4 SGB V (Anlage 31b zum BMV-Ä))

Checkliste:

1. Allgemeine Anforderungen:

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind alle an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Ärzte sowie Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung berechtigt.

Nachweis über die Registrierung bei einem zertifizierten Videodienstanbieter gemäß § 5 der Anlage 31b BMV-Ä

und

Erklärung des Videodienstanbieters über die Erfüllung der technischen Anforderungen

2. Anforderungen an die apparative Ausstattung

Zur Durchführung der Videosprechstunde sind folgende Voraussetzungen gemäß Anlage I zur Anlage 31b BMV-Ä gegeben:

Kamera

Bildschirm (Monitor, Display etc.) mit einer Bildschirmdiagonale von mindestens 3 Zoll und einer Auflösung von mindestens: 640x480 px

Bandbreite von mindestens 2000 kbit/s im Download

Mikrofon und Tonwiedergabeeinheit

3. Laufende Anforderungen:

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Voraussetzungen:

a) Räumliche Anforderungen:

Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt.

b) Datenschutz

- Gemäß § 2 der Vereinbarung werden für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten die rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet, die sich insbesondere aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) ergeben.
- Im Hinblick auf die Datensicherheit in den Räumlichkeiten wird gewährleistet, dass bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen entsprechend § 9 BDSG eingehalten werden.
- Es wird eine schriftliche Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung eingeholt, die die Anforderungen des § 4a BDSG erfüllt und die der Patient jederzeit widerrufen kann.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Zervix

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix)

Checkliste:

1. Anforderungen an die fachliche Befähigung*

Fachliche Befähigung des zytologieverantwortlichen Arztes:

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Pathologie**“

oder

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**“

und

Nachweis einer mindestens halbjährigen ganztägigen Tätigkeit oder einer vom Umfang her vergleichbaren, maximal 2-jährigen berufsbegleitenden Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor, das den Anforderungen dieser Qualitätssicherungsvereinbarung entspricht, mit der persönlichen Beurteilung von mindestens 5.000 Fällen aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie, in denen – ggf. unter Einbeziehung einer Lehrsammlung – mindestens 200 Fälle von Zervixkarziomen oder deren Vorstadien enthalten sein müssen

Erfolgreiche Teilnahme an einer Präparateprüfung nach dieser Qualitätssicherungsvereinbarung (Anlage 1) oder Weiterbildungsbefugnis im Fachgebiet Pathologie.

Das zytologische Labor muss folgende Anforderungen erfüllen:

im zytologischen Labor muss der anleitende Arzt die Voraussetzungen für die fachliche Befähigung zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri erfüllen sowie mindestens 2 Jahre in der gynäkologisch-zytologischen Diagnostik tätig gewesen sein

die Einrichtung muss über eine Lehrsammlung mit mindestens 200 Präparaten verfügen, in der eine repräsentative Auswahl von Präparaten enthalten ist, die negative, unklare und positive Zellbilder beinhaltet

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Voraussetzungen:

In der Einrichtung müssen jährlich mindestens 12.000 Fälle beurteilt werden. Einrichtungen, die zytologische Präparate von gynäkologischen Fachabteilungen zur Beurteilung erhalten, sind geeignet, wenn sie mindestens 6.000 Fälle im Jahr befunden, die einen hohen Anteil histologisch abklärungsbedürftiger Befunde aufweisen.

Name, Vorname: _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

*Wir bitten Sie, das Original oder eine beglaubigte Kopie der Facharztanerkennung beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Fachliche Befähigung der Präparatebefunder:

- erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als „Zytologisch tätige Assistent(in)“ (ZTA) an Fachschulen für ZTA

oder

- Erfolgreich abgeschlossene staatliche Prüfung als „Medizinisch-technische(r) Laboratoriums-assistent(in)“ (MTA-L) an einer staatlich anerkannten Lehrereinrichtung mit einer anschließenden ganzjährigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie. In dieser Zeit müssen mindestens 3.000 Fälle der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbständig vorgemustert worden sein.
- die vorgelegten Zeugnisse müssen Angaben darüber enthalten, dass theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen in folgenden Bereichen erworben wurden:
- systematische Präparatevormusterung
 - technische Beurteilung der Präparate auf ihre Brauchbarkeit zur ärztlichen Diagnostik
 - Erkennung verschiedener Floren und Hinweiszeichen auf Krankheitserreger
 - Erkennung der verschiedenen Zelltypen einschließlich der Erkennung von Endozervikalzellen

2. Anforderungen an die räumliche/apparative Ausstattung

- zytologischer Arbeitsplatz mit folgender Mindestausstattung:
- Annahmebereich
 - Färberaum oder –bereich.
 - Mikroskopierraum oder –bereich mit einem binokularem Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie entsprechenden 10x und 12x Okularen
 - Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung
 - Archivbereich
 - Lagerbereich

3. Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Voraussetzungen:

- räumliche Trennung des Färbereichs bzw. -bereiches vom übrigen Laborbereich
- geltende Vorschriften zum Umgang mit Gefahrenstoffen bzw. Arbeitsschutzvorschriften werden eingehalten

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____