Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bei der
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Antrag auf Qualifikationsbestätigung zur Durchführung qualifikationsgebundener Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)
- Institutionelle Benennung hinzuzuziehender Ärzte -
Kurative Mammographie

Ärzte, die im Rahmen der ASV Leistungen erbringen möchten, die Qualifikationsnachweise in personeller, sächlicher und organisatorischer Hinsicht voraussetzen, müssen diese Voraussetzungen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nachweisen.

Leistungen der kurativen Mammographie können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und zugelassene Krankenhäuser im Rahmen der sog. institutionellen Benennung erbringen. Dies setzt voraus, dass die Qualifikationsvoraussetzungen im Rahmen einer der folgenden Möglichkeiten nachgewiesen werden:

- Fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, z.B. Abteilung eines Krankenhauses **oder**
- Zugelassene Weiterbildungsstätte **oder**
- Anerkanntes Zentrum nach § 136c Absatz 5 SGB V.

Die Anforderungen sind im Anhang zu § 4a der GBA-RL leistungsbezogen festgelegt.

Wir beantragen die Qualifikationsbestätigung zur Erbringung von Leistungen gemäß § 4a der ASV-Richtlinie und des Anhangs zu § 4a der ASV-Richtlinie ausschließlich im Rahmen der ASV:

Name des anzeigenden Krankenhauses:

_____

Abteilung für: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner: _____

Leitender (Chef)-Arzt: _____

Ansprechpartnerin: Silke Brumm
Tel.: 0391 627-7447 / Fax: 0391 627-8436
E-Mail: Silke.Brumm@kvsa.de

Name des anzeigenden MVZ:

_____

Abteilung für: _____

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner _____

➡ **Berufsausübungsgemeinschaften niedergelassener Vertragsärzte** können nicht institutionell benannt werden (Urteil des Bundessozialgerichts vom 21.09.2023, AZ. B 3 Kr 9/22 R).

Für **hinzuzuziehende Fachärzte** gelten die Qualitätsanforderungen bei einer institutionellen Benennung als erfüllt, wenn das Krankenhaus oder das MVZ **eine der drei nachfolgend genannten Voraussetzungen erfüllt** und gegenüber dem erweiterten Landesausschuss nachweist:

☐ **Fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit**

Bezeichnung: _____

Schwerpunkt: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner: _____

☐ Der Nachweis (Bestand einer fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit, z.B. Abteilung eines Krankenhauses) ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

<u>oder</u>

☐ **Zugelassene Weiterbildungsstätte**

Bezeichnung: _____

Schwerpunkt: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner: _____

☐ Wir sind zugelassene Weiterbildungsstätte für die Facharztbezeichnung Radiologie oder die Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik der Mamma.

☐ Der Nachweis (Anerkennung als entsprechende Weiterbildungsstätte durch Urkunde der Ärztekammer) ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

oder

☐ **Anerkanntes Zentrum nach § 136c Absatz 5 SGB V**

Bezeichnung: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner: _____

☐ wir sind ein Zentrum oder ein Schwerpunkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelung) in dem Leistungen der Ultraschalldiagnostik erbracht werden.

☐ Der Nachweis (Anerkennung als Zentrum nach § 136c Abs. 5 SGB V) ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses bei der
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Verpflichtungen/Erklärungen

Mit meiner Unterschrift versichere ich/versichern wir die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung und dem Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten für Praxis oder MVZ bzw. des ärztlichen Leiters oder Geschäftsführers des Krankenhauses

Ansprechpartnerin: Silke Brumm
Tel.: 0391 627-7447 / Fax: 0391 627-8436
E-Mail: Silke.Brumm@kvsa.de