

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

Arzt- /Krankenhausstempel

**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der Osteodensitometrie im Rahmen der ASV – Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.

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

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

**Die Anzeige erfolgt für:**

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja       nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

---

---

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Osteodensitometrische Untersuchungen I und II (GOP 34600, 34601 EBM)

## Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

### Ich bin Facharzt für

- Radiologie  
 Kinder – und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie  
 Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie

### Nachweise

- Facharzturkunde
- ggf. Urkunde der Zusatzweiterbildung
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz.
- Nachweis über den Erwerb praktischer Erfahrungen in der Osteodensitometrie aufgrund der Durchführung von mindestens 50 Untersuchungen unter Anleitung einer oder eines nach dieser Vereinbarung in der Osteodensitometrie qualifizierten Ärztin oder Arztes mit selbständiger Einstellung des Gerätes und selbständiger Befundung

**Hinweis:** Abhängig von den Weiterbildungsinhalten der Facharztausbildung kann eine erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich sein.

## Apparative Ausstattung – für Vertragsärzte

### Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

- Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:
- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
  - die Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz oder
  - die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz beides ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten).

## Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Bitte fügen Sie der Anzeige folgende Unterlagen bei:

- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
- die Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz oder
- die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz

beides ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie  
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teammitglied