

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  
Kernspintomographie der Mamma im Rahmen der ASV –  
gynäkologische Tumore - Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumore - Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore. 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

### Fachärzte für Radiologie

- Kernspintomographie Mamma (GOP 34431 EBM)

## Qualifikationsnachweise – sind der Anzeige beizufügen

### Nachweise:

- Facharzturkunde
- Zeugnis über die selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden. Die Untersuchungen wurden unter Anleitung eines Arztes durchgeführt, der zur Weiterbildung in diesem Bereich ermächtigt ist.

### Weitere Voraussetzungen

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Mammasonographie nach der Ultraschallvereinbarung
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kurativen Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der allgemeinen Kernspintomographie nach der Kernspintomographie-Vereinbarung

## Apparative Ausstattung – für Vertragsärzte

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

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.  
Betriebsstätte (Adresse o. BSNR): \_\_\_\_\_  
Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_
- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet.  
Einen Gerätenachweis (siehe Seite 4) füge ich dieser Anzeige bei.

## Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Einen Gerätenachweis (siehe Seite 4) füge ich dieser Anzeige bei

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie  
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Datum

---

Unterschrift Teammitglied

**Gerätenachweis**  
(Nur vom Hersteller auszufüllen)

**Angaben über die Kernspintomographie-Einrichtung**

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung oder Typ: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Hersteller/Vertreiber: \_\_\_\_\_

Die Anlage wurde/wird am \_\_\_\_\_ installiert.

Doppel-Mammaspule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der „Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie der KBV vom 10.02.1993, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.**

Möglichkeit der Anwendung mittels TOF-, PC- und CE-Technik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Anlage I der Vereinbarung zur Durchführung von MR-Angiographien der KBV vom 10.02.1993, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.**

**Der Hersteller übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Hersteller/Vertreibers)