

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

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.

Nuklearmedizin-Leistungen 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:**

**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.

**oder**

☐ **Zugelassene Weiterbildungsstätte**

**Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

**Schwerpunkt:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

- ☐ Wir sind zugelassene Weiterbildungsstätte für ein Fachgebiet, eine Zusatz-Weiterbildung oder einen Schwerpunkt, das/die/der Nuklearmedizin-Leistungen umfasst.
- ☐ Der Nachweis (Anerkennung als leistungsspezifische 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 Nuklearmedizin-Leistungen erbracht werden.
- ☐ Der Nachweis (Anerkennung als Zentrum nach § 136c Abs. 5 SGB V) ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

<b>Verpflichtungen/Erklärungen</b>
------------------------------------

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