

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### **Anlage 2 Langzeit-EKG**

**Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gem. § 4a ASV-RL bei namentlicher Benennung (erforderlich bei Kernteam-Mitgliedern, bei hinzuzuziehenden Ärzten möglich)**

Name: \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_

Die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a ASV-RL gelten bei **namentlicher Benennung** als erfüllt, wenn

<p><b>a) die Anforderungen an die fachliche Befähigung des Anhangs zu § 4a ASV-RL erfüllt werden.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ <b>oder</b></li><li>• Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Kinder- und Jugend-Kardiologie“ <b>oder</b></li><li>• Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung _____ (bitte angeben)</li></ul> <p><b>und</b> Ich versichere, dass ich mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit-EKG-Untersuchungen selbständig durchgeführt habe und diese in einer Organisationseinheit für Innere Medizin, für Kardiologie, für Kinder- und Jugendmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie erbracht habe</p>	<p><b>Nachweise beigelegt</b> <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Nachweise beigelegt</b> <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Nachweise beigelegt</b> <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>b) dem ASV-Berechtigten für die jeweilige Leistung eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 135 Absatz 2 SGB V erteilt wurde.</b></p>	<p><b>Nachweise beigelegt</b> <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>c) der ASV-Berechtigte über eine Befugnis zur Weiterbildung für eine in der jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderung im Anhang zu § 4a benannte Facharztbezeichnung, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung verfügt und die jeweilige Leistung beziehungsweise Leistungen des Leistungsbereiches von dem ASV-Berechtigten erbracht werden.</b></p>	<p><b>Nachweise beigelegt</b> <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>d) der ASV-Berechtigte die im leistungsspezifischen Anhang benannte Leistung in einer Einrichtung erbringt, welche die Anforderungen an ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) erfüllt.</b></p>	<p><b>Nachweise beigelegt</b> <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name (in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### Anlage 2    **Langzeit-EKG**

#### Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gemäß § 4a ASV-RL bei institutioneller Benennung (nur für hinzuzuziehende Ärztinnen und Ärzte möglich)

Institution:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

angezeigtes  
Fachgebiet:

\_\_\_\_\_

Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte der benannten Institution gelten die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen bei institutioneller Benennung gemäß § 2 Abs. 2 Satz 5 ASV-RL als erfüllt, wenn es sich bei der zu benennenden Institution (bitte kreuzen Sie ggf. zutreffendes an)

- um eine zugelassene Weiterbildungsstätte für ein Fachgebiet, eine Zusatz-Weiterbildung oder einen Schwerpunkt handelt, das den jeweiligen Leistungsbereich oder die jeweilige ASV-Leistung umfasst

Nachweise beigelegt:       ja             nein

**oder**

- um eine fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit handelt, in der der jeweilige Leistungsbereich oder die jeweilige ASV-Leistung erbracht wird

Nachweise beigelegt:       ja             nein

**oder**

- um ein Zentrum oder einen Schwerpunkt nach den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) handelt, in dem die im leistungsspezifischen Anhang benannte Leistung erbracht wird.

Nachweise beigelegt:       ja             nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name  
(in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift