



**Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“**

für genehmigungspflichtige Leistungen im Rahmen der fachärztlichen Versorgung

Die Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung beinhalten Qualitätssicherungsvorgaben für bestimmte ärztliche Leistungen. Damit diese Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und gegenüber der KV Sachsen abgerechnet werden können, bedarf es einer Genehmigung durch die KV Sachsen. **Die Ausführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist somit erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigung rechtens.** Diese kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

**Der Erhebungsbogen dient der Anforderung von Unterlagen zur Beantragung von Genehmigungen.** Die Antragsunterlagen erhalten Sie alternativ auch im Internet unter: [www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de) / Für Praxen / Qualität / Genehmigungspflichtige Leistungen. Die Einreichung des Erhebungsbogens kann dann entfallen.

**Antragsteller/-in:** .....  
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

*Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen*

**Leistungserbringer:** .....  
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** .....

**Ärztliche Tätigkeit**

als Facharzt für: .....

ab (geplanter Tätigkeitsbeginn): .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis                 | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft  | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung              |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz      | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung                |

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....  
PLZ, Wohnort: .....  
Telefon/Fax: .....  
E-Mail: .....

**Antrag bezieht sich auf:**

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**  
Anschritt: .....  
Telefon/Fax: .....  
E-Mail: .....  
BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**  
Anschritt: .....  
Telefon/Fax: .....  
NBSNR: .....

**Bitte kennzeichnen Sie die genehmigungspflichtigen Leistungen, die Sie oder Ihr angestellter Arzt erbringen möchten und für die Sie Antragsunterlagen benötigen.**

<input type="checkbox"/>	Abklärungskolposkopie *)
<input type="checkbox"/>	Akupunktur
<input type="checkbox"/>	Ambulantes Operieren *) p)
<input type="checkbox"/>	Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien
<input type="checkbox"/>	Aphereseverfahren *)
<input type="checkbox"/>	Arthroskopie *)
<input type="checkbox"/>	Außerklinische Intensivpflege
<input type="checkbox"/>	Balneophototherapie *)
<input type="checkbox"/>	Beratung nach GenDG zu nicht-invasiven Pränataltests
<input type="checkbox"/>	Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörungen *)
<input type="checkbox"/>	Bronchoskopie - Zuschlag *)
<input type="checkbox"/>	Brustkrebsinitiative (TK integrierte Versorgung) *)
<input type="checkbox"/>	Computertomographie *)
<input type="checkbox"/>	COPD-Vertrag (IKK classic)
<input type="checkbox"/>	Diabetes-Vereinbarung Sachsen (alle Kassen)
<input type="checkbox"/>	Diabetischer Fuß - Abtragung von Nekrosen
<input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom (AOK PLUS)
<input type="checkbox"/>	Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus (DAK, KKH, TK)
<input type="checkbox"/>	DMP Asthma *)
<input type="checkbox"/>	DMP Brustkrebs
<input type="checkbox"/>	DMP COPD *)
<input type="checkbox"/>	DMP Diabetes Typ 1
<input type="checkbox"/>	DMP Diabetes Typ 2
<input type="checkbox"/>	DMP KHK
<input type="checkbox"/>	Frühförderung
<input type="checkbox"/>	Geriatric (spezialisierte geriatrische Diagnostik)
<input type="checkbox"/>	Gesund schwanger
<input type="checkbox"/>	Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten
<input type="checkbox"/>	Hallo Baby
<input type="checkbox"/>	Hautkrebsscreening (Richtlinie)
<input type="checkbox"/>	Hautkrebsscreening (HEK)
<input type="checkbox"/>	Hautkrebsscreening (TK)
<input type="checkbox"/>	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screening
<input type="checkbox"/>	HIV-Aids
<input type="checkbox"/>	HIV-Präexpositionsprophylaxe
<input type="checkbox"/>	Hörgeräteversorgung Erwachsene *)
<input type="checkbox"/>	Hörgeräteversorgung Kinder *)
<input type="checkbox"/>	Homöopathie (Vertrag der BKK Securvita und beigetretener BKKen)
<input type="checkbox"/>	Homöopathie (IKK classic)
<input type="checkbox"/>	Humangenetik – Molekulargenetik *)
<input type="checkbox"/>	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom *)
<input type="checkbox"/>	In vitro Fertilisation *)
<input type="checkbox"/>	Interventionelle Radiologie (nur für Fachärzte für Radiologie *)
<input type="checkbox"/>	Invasive Kardiologie *)

<input type="checkbox"/>	IVM Intravitreale Medikamentenapplikation *)
<input type="checkbox"/>	Kapselendoskopie des Dünndarms *)
<input type="checkbox"/>	Kinderfrüherkennung U10 / U11 / J2 (Knappschaft)
<input type="checkbox"/>	Kinderfrüherkennung U10 / U11 / J2 (TK)
<input type="checkbox"/>	Koloskopie *)
<input type="checkbox"/>	Kryokonservierung *)
<input type="checkbox"/>	Labor nach Kapitel 32.3 EBM sowie vergleichbare Untersuchungen aus Kapitel 1 EBM *)
<input type="checkbox"/>	Langzeit-EKG
<input type="checkbox"/>	Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms *)
<input type="checkbox"/>	Liposuktion bei Lipödem *)
<input type="checkbox"/>	Mammographie kurativ *)
<input type="checkbox"/>	Mammographie-Screening *)
<input type="checkbox"/>	Manuelle Medizin
<input type="checkbox"/>	MRSA
<input type="checkbox"/>	mp MRT Prostata (Rahmenvertrag Onkologie AOK PLUS) *)
<input type="checkbox"/>	MR-Angiographie *)
<input type="checkbox"/>	MR-Bestrahlungsplanung *)
<input type="checkbox"/>	MR-Mamma *)
<input type="checkbox"/>	MRT *)
<input type="checkbox"/>	Neuropsychologie
<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin *)
<input type="checkbox"/>	Onkologie (alle Kassen)
<input type="checkbox"/>	Osteodensitometrie-Knochendichtemessung *)
<input type="checkbox"/>	OsteoporosePLUS (AOK PLUS)
<input type="checkbox"/>	Otoakustische Emissionen
<input type="checkbox"/>	Palliativmedizinische Versorgung (besonders qualifizierte und koordinierte)
<input type="checkbox"/>	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund *)
<input type="checkbox"/>	Phototherapeutische Keratektomie *)
<input type="checkbox"/>	Physikalische Therapie (Durchführung von qualifiziertem Praxispersonal)
<input type="checkbox"/>	Positronenemissionstomographie (PET) *)
<input type="checkbox"/>	Praxisassistenz <sup>p</sup> )
<input type="checkbox"/>	PsycheAktiv (AOK PLUS)
<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Grundversorgung
<input type="checkbox"/>	Übende und suggestive Interventionen (Autog. Training, Relaxationsbehandlung, Hypnose)
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Radiologie *)
<input type="checkbox"/>	Rhythmusimplantat-Kontrolle
<input type="checkbox"/>	Schlafbezogener Atmungsstörungen - Polygraphie
<input type="checkbox"/>	Schlafbezogener Atmungsstörungen – Polysomnographie *)
<input type="checkbox"/>	Sozialpädiatrie
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrie
<input type="checkbox"/>	Soziotherapie
<input type="checkbox"/>	spezielle Schmerztherapie *)
<input type="checkbox"/>	Stoßwellenlithotripsie *)
<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie *)
<input type="checkbox"/>	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

<input type="checkbox"/>	Tabakentwöhnprogramm "Rauchfrei durchatmen" (AOK PLUS)
<input type="checkbox"/>	TeleDoc PLUS (AOK PLUS) <sup>p)</sup>
<input type="checkbox"/>	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgen- und CT-Aufnahmen *)
<input type="checkbox"/>	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/>	Ultraschalldiagnostik *)
<input type="checkbox"/>	Ultraschalldiagnostik Säuglingshüfte *)
<input type="checkbox"/>	Videosprechstunde <sup>p)</sup>
<input type="checkbox"/>	Vakuumbiopsie der Brust *)
<input type="checkbox"/>	Willkommen Baby (DAK Gesundheit)
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor arthroskopischen Eingriffen an der Schulter
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor Eingriffen an der Wirbelsäule
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor Eingriffen zur Cholezystektomie
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor Gebärmutterentfernungen
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor Implantation einer Knieendoprothese
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor Implantation Herzschrittmacher oder Defibrillator
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinungsverfahren vor Mandeloperationen
<input type="checkbox"/>	Zytologie *)

\*) betriebsstättenbezogene genehmigungspflichtige Leistungen

<sup>p)</sup> Praxisantrag

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Hinweise:

Die in Klammern gesetzten Krankenkassennamen weisen darauf hin, dass es sich um spezielle Vertragsangebote handelt.

Wir empfehlen Ihnen, vor dem Ausfüllen der im Einzelnen für Sie relevanten Anträge mit dem entsprechenden Sachbearbeiter in Ihrer für Sie zukünftig zuständigen Bezirksgeschäftsstelle Kontakt aufzunehmen und ggf. einen **Termin für ein persönliches Beratungsgespräch** zu vereinbaren.