

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



Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der radiologischen Diagnostik im Rahmen der ASV – Multiple Sklerose

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.2 – Buchstabe a Multiple Sklerose. 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

Facharzt für Radiologie

- Gesamte Diagnostische Radiologie
(GOP 34210, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34255, 34256, 34257, 34260 EBM)
- Phlebographien (GOP 34294, 34295, 34296 EBM)
- Bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule (GOP 34503 EBM)

Für die Ausführung der Phlebographie (GOP 34294, 34295, 34296 EBM) sowie für die bildwandlergestützten Interventionen an der Wirbelsäule (GOP 34503 EBM) muss zusätzlich die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden (Seite 5).

Facharzt für Urologie

- Röntgendiagnostik des Harntraktes (GOP 34255, 34256, 34257, 34260 EBM)

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Radiologie
- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie
- Urologie

Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen diagnostischen Radiologie unter Anleitung eines zur Weiterbildung entsprechend befugten Arztes
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung für den jeweils beantragten Anwendungsbereich (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) sowie ggf. für den Anwendungsbereich „Interventionen“ und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

zusätzliche Qualifikationsnachweise für Fachärzte für Urologie

- ➔ sofern vorhanden: Urkunde über die Zusatz-Weiterbildung "Röntgendiagnostik - fachgebunden"
- ➔ für Fachärzte für Urologie, deren Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung die fachgebietspezifische Röntgendiagnostik nicht beinhaltet hat, ist durch die Vorlage ausreichender Zeugnisse eine mindestens 12monatige ständige Tätigkeit in der Röntgendiagnostik des Hartrakts unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes nachzuweisen

Hinweis:

Für Fachärzte für Urologie kann die Teilnahme an einem Kolloquium notwendig sein.

Apparative Ausstattung

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. _____

- Das Gerät ist in der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Folgende Unterlagen liegen bei:
- ➔ aktuell gültiger Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
 - ➔ Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - Amt für Arbeitsschutz, alternativ:
 - ➔ Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten).
- Das Gerät wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt. Das Formular „Apparategemeinschaft“ liegt ausgefüllt von den Betreibern unterschrieben bei.
- Das Gerät ist Eigentum von _____

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 § 116 b SGB V - ASV-RL,
jeweils in der aktuell gültigen Fassung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Teammitglied

Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren

- Phlebographie
- bildwandlergestützte Interventionen an der Wirbelsäule

Hiermit erkläre ich, dass die allgemeinen Anforderungen, sowie die Anforderungen an die

- räumliche Ausstattung
- die apparativ-technischen Voraussetzungen
- das Instrumentarium und die Geräte sowie
- die Arzneimittel

von mir für die o.g. Untersuchung erfüllt werden.

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativtechnischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 1. Dezember 2011 (in der jeweils gültigen Fassung).

Datum

Unterschrift, Arzt- / Klinikstempel

Bestätigung des OP-Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr _____ unsere OP-Raum-Einrichtung für die Durchführung von ambulanten Operationen zur Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllt sind.

Datum

Stempel und Unterschrift des OP-Betreibers