

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 interventionellen Radiologie  
im Rahmen der ASV – Tumoren der Lunge und des Thorax**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax. 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 Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

**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**

- Diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe (GOP 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 EBM)

### **Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen**

Ich bin Fachärztin / Facharzt für

- Gefäßchirurgie\*  
 Innere Medizin und Angiologie  
 Radiologie

- Facharzturkunde
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung

\* Gefäßchirurgen, die aufgrund der Übergangsregelung – § 10 Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie – eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen der interventionellen Radiologie von der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben.

### **weitere ärztliche Qualifikationsnachweise – sind der Anzeige beizufügen**

#### **Diagnostische Katheterangiographien und die therapeutischen Eingriffe**

- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor der ASV-Anzeige. Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.
- Zeugnis über eine mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie unter Anleitung.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für das Fachgebiet Radiologie weiterbildungsbefugt ist.

### **personeller Qualifikationsnachweis – ist der Anzeige beizufügen**

- Bestätigung darüber, dass die für die diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffe zur Verfügung stehenden medizinischen Fachkräfte über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten verfügen.

## Anforderungen an die apparative Ausstattung

Ich verpflichte mich, folgende apparative Ausstattung vorzuhalten:

- Fachspezifisches Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Geräte zum EKG- und Blutdruckmonitoring
- Pulsoxymeter
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung.

## Anforderungen an die räumliche Ausstattung

Ich bestätige, dass die räumliche Ausstattung die folgenden Anforderungen erfüllt:

### Eingriffsraum

Die Raumbooberflächen (z.B. Wandbelag), die Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und die Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können. Der Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht.

### Wascheinrichtung

Geeignete Armaturen und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion sind vorhanden.

### Weitere Anforderungen

- Die Umkleiemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum, ist vorhanden.
- Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial sind vorhanden.
- Ein Umkleibereich für Patienten ist vorhanden.

## Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen.

Bei der **Durchführung** ist zu gewährleisten, dass

1. mindestens eine medizinische Fachkraft im Eingriffsraum anwesend ist und eine weitere medizinische Fachkraft unmittelbar zur Verfügung steht. Die medizinischen Fachkräfte müssen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten verfügen
2. ein weiterer Arzt mit Erfahrungen in der Notfallmedizin in der Einrichtung zur Verfügung steht.

Bei der Durchführung von therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem ist zusätzlich zu gewährleisten, dass:

1. ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines chirurgischen Eingriffs die Patienten je nach Art und Schwere des Eingriffs innerhalb von höchstens zwei Stunden in eine stationäre Einrichtung transportiert und dort versorgt werden können sowie
2. schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen.

**Die schriftliche Patientenübernahmebestätigung der stationären Einrichtung mit namentlicher Nennung des Anzeigenden füge ich dieser Anzeige in Kopie bei.**

Für die **Nachbetreuung** ist sicherzustellen, dass

- ein geeigneter Überwachungsraum in räumlicher Nähe in der Einrichtung nach § 5 Abs. 1 Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie zur Verfügung steht
- der Patient nach der Durchführung einer diagnostischen Katheterangiographie am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel 4 Stunden betreut und beobachtet wird
- der Patient nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel 6 Stunden betreut und beobachtet wird
- mindestens eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung in der Einrichtung anwesend ist
- mindestens ein Arzt mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung zur unmittelbaren Hilfestellung in der Einrichtung ist
- während der ersten 24 Stunden nach einer diagnostischen Katheterangiographie oder eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem ein Arzt, der über die Genehmigung nach § 2 Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie verfügt, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht.

## Dokumentationspflicht

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind zu dokumentieren:

1. Die beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte bei der Durchführung der diagnostischen Katheterangiographie oder des therapeutischen Eingriffs nach § 5 Abs. 2,
2. Dauer der Nachbetreuung nach § 6 Abs. 2 und
3. die an der Nachbetreuung beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte nach § 6 Abs. 3 und 4 Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie

## 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.: \_\_\_\_\_

- Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung bei (TÜV-Prüfbericht).

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung zur Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie

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 § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teammitglied