

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 invasiven Kardiologie im Rahmen der ASV – Marfan Syndrom

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 k) Marfan-Syndrom. 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

- Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen (GOP 34291, 34292, 34298 EBM)

Für die Ausführung der Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie (GOP 34291 EBM) muss zusätzlich die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden (Seite 6).

Qualifikation – Facharzturkunde ist der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

- Innere Medizin und Kardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie.

weitere ärztliche Qualifikationsnachweise – sind der Anzeige beizufügen

- Fachkundebescheinigung im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung.
- Zeugnis über eine 3-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung.
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1.000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße unter Anleitung innerhalb der letzten 4 Jahre
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung innerhalb der letzten 3 Jahre vor der ASV-Anzeige.
- **300 Dokumentationen** von therapeutischen Katheterinterventionen, die vom Anzeiger als erster Untersucher und vom anleitenden Arzt unterzeichnet sind.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildungsordnung im Schwerpunkt Kardiologie befugt ist.
- Eine schriftliche Patientenübernahmebestätigung von der stationären Einrichtung für die Übernahme von Patienten im Notfall nach einem Eingriff. Diese ist personenbezogen für den Anzeiger von der Klinik auszustellen.

personeller Qualifikationsnachweis – ist der Anzeige beizufügen

- Bestätigung darüber, dass die für Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen zur Verfügung stehende medizinische Fachkraft über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen verfügt.

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt sind:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms
- EKG-Monitor und Rufanlage.

Zudem wird bestätigt, dass die Röntgeneinrichtung über folgende Möglichkeiten der Dokumentation der Katheterisierung verfügt:

- Kinokamera
- Digitale oder analoge Bildplatte
- CD-Medical im DICOM-ACC/ESC Standard.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- Eine medizinische Fachkraft ist bei der Durchführung von therapeutischen Katheterinterventionen im Katheterraum anwesend.
- Während der Betreuung nach einer therapeutischen Katheterintervention ist eine medizinische Fachkraft anwesend.
- Ein/e approbierte/r Arzt / Ärztin ist zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend.
- Ein/e approbierte/r Arzt / Ärztin ist zur unmittelbaren Hilfestellung während der Betreuung nach einer therapeutischen Katheterintervention verfügbar.
- Ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffs, ist es möglich die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in einer stationären Abteilung zur Kardiochirurgie zu transportieren und dort zu versorgen.
- Bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung steht ein/e gemäß § 4 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie qualifizierte/r Arzt / Ärztin innerhalb von höchstens 30 Minuten dem Patienten zur Verfügung.

- Die Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung, müssen in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor liegen.
- Es wird gewährleistet, dass der Patient nach einer Linksherzkatheteruntersuchung in der Regel mindestens 4 Stunden nachbetreut wird.
- Es wird gewährleistet, dass der Patient nach einer therapeutischen Katheterintervention mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden nachbetreut wird.

Apparative Ausstattung – für Vertragsärzte

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).

Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Bitte fügen Sie den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach StrlSchV der Anzeige bei.

Hinweis

Jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung), sowie Änderungen der Bauartzulassung muss unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg schriftlich angezeigt werden.

Rechtlicher Hintergrund

Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied

Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren

Folgende Untersuchung wird durchgeführt:

- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie (GOP 32491 EBM).

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.

_____ 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