

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 interventionellen Radiologie im Rahmen der ASV – Marfan-Syndrom

**Hinweise:**

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 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 am arteriellen Gefäßsystem (GOP 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 EBM)

Für die Ausführung einer interventionellen Maßnahme/ therapeutischen Eingriffs (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) muss zusätzlich die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden (Seite 6).

## Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

Ich bin Facharzt für

- Gefäßchirurgie\*
- Radiologie.

- Facharzturkunde
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung

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

## Weitere ärztliche Qualifikationsnachweise – sind der Anzeige beizufügen

### Diagnostische Katheterangiographien und die therapeutischen Eingriffe

#### Diagnostische Katheterintervention

- 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 Antragstellung
- Zeugnis über eine mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie unter Anleitung

#### Zusätzlich für die **diagnostische Katheterangiographie 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 Antragstellung. 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 und Therapie unter Anleitung

Hinweis: Die Anleitung hat jeweils bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt 'Radiologie' befugt ist oder alternativ selbst über eine Genehmigung der KV Hamburg zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der interventionellen Radiologie verfügt.

## **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 noch nicht bei der KV Hamburg gemeldet ist, fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht)
  
- die Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz oder
  
- die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz

beides ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten).

### 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

## Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren

### Folgende Untersuchung wird durchgeführt:

- interventionelle Maßnahmen (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) bei Serienangiographien.

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 / Herrn \_\_\_\_\_ 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