

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 invasiven Kardiologie im Rahmen der ASV – Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

### Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven.

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 5).

## Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Innere Medizin und Kardiologie

## Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Fachkundebescheinigung im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz vgl. §§ 47 und 48 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.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

## **personeller Qualifikationsnachweis**

- 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.

**Hinweis:** Der entsprechende Nachweis ist der Anzeige beizufügen.

## **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:**

- 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 approbierter Arzt ist zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend.
- Ein approbierter Arzt 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 gemäß § 4 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie qualifizierter Arzt 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

### 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).

### 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 apparativ-technischen 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