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 Computertomographie (CT) im Rahmen der ASV – Urologische Tumoren

Hinweise:
Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren. 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

Fachärzte für Radiologie

- ☐ CT-Untersuchungen des Ganzkörpers einschließlich Kopf und Spinalkanals (GOP 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351 EBM)

- ☐ CT- gestützte Interventionen (GOP 34360, 34504, 34505 EBM)

Fachärzte für Strahlentherapie

- ☐ CT- gesteuerte Interventionen (GOP 34504, 34505 EBM)

Für die Ausführung der CT- gesteuerten Intervention (GOP 34505 EBM) muss zusätzlich die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden (Seite 4).

Qualifikationsnachweise

Ich bin Facharzt für

- ☐ Radiologie

- ☐ Strahlentherapie

- ➔ Facharzturkunde

- ➔ Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik.

- ➔ Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung für den Anwendungsbereich „Computertomographie“ und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung dieser Fachkunde im Strahlenschutz.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

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 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:

☐ CT-gesteuerte Interventionen

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

- ➔ räumliche Ausstattung
- ➔ die apparativ-technischen Vorussetzungen
- ➔ 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 Qualitätssicherungssicherungsmaßnahmen 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 / 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