

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 – Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie). 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 (GOP 34291, 34298 EBM)
- ☐ Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen (GOP 34291, 34292, 34298 EBM)

Bitte beachten Sie, dass zwingend die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden muss (Seite 6).

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

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

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Weitere ärztliche Qualifikationsnachweise

Fachkundebescheinigung im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung für den beantragten Anwendungsbereich 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 1000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße unter Anleitung innerhalb der letzten 4 Jahre vor der ASV-Anzeige

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.

Vorlage von 300 Dokumentationen von therapeutischen Katheterinterventionen, die vom angezeigten Arzt 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.

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 ist der Anzeige beizufügen

Bestätigung darüber, dass die für Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen zur Verfügung stehenden medizinischen Fachkräfte über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen verfügen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind 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 Linksherzkatheteruntersuchungen und 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 therapeutische Katheter interventionen in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung müssen in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor liegen.

Es wird gewährleistet, dass

nach einer Linksherzkatheteruntersuchung der Patient in der Regel mindestens 4 Stunden

nach einer therapeutischen perkutan-transluminalen Gefäßintervention ausschließlich an einer Koronararterie der Patient mindestens 6 Stunden und

nach einer therapeutischen Katheterintervention an mehr als einem Koronargefäß der Patient 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:

➔ aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung bei (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. Bei angestellten Ärzten ist die Anzeigebestätigung/ Genehmigung zum Betrieb der Röntgeneinrichtung vorzulegen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung zur invasiven Kardiologie

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

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., 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