

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 – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

**Hinweise:**  
Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a. Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation. 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**

- Diagnostische Katheterangiographien am arteriellen Gefäßsystem (GOP 34283, 34284, 34285, 34287 EBM)
- 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**

Ich bin Facharzt für Radiologie.

## **Qualifikationsnachweise**

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

## **Diagnostische Katheterangiographien**

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

## **Diagnostische Katheterangiographien und therapeutische 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 ASV-Anzeige. 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

Die Anleitung hat jeweils bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt 'Radiologie' befugt ist. Ist er nicht im vollem Umfang zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich selbst über eine Genehmigung der KV zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der interventionellen Radiologie verfügen.

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

## **Anforderungen an die apparative Praxisausstattung**

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 Umkleidemöglichkeit 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 Umkleidebereich 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 liegt dieser Anzeige 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 der 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. \_\_\_\_\_

- Das Gerät ist in der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Folgende Unterlagen liegen bei:
- aktuell gültiger Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung
  - Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - staatliche Arbeitsschutzaufsicht, alternativ:
  - die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - staatliche Arbeitsschutzaufsicht

**Hinweis:** Bei zugelassenen und ermächtigten Ärzten ist eine personenbezogene Anzeige oder Genehmigung erforderlich.

- Das Gerät wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt von den Betreibern unterschrieben bei
- Das Gerät ist Eigentum von: \_\_\_\_\_

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von 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, jeweils in der aktuell gültigen Fassung.

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, Rotationsablation, 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 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 der aktuell 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