

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 diagnostischen Radiologie im Rahmen der ASV – Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene

### Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene. 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**

- Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens (GOP 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245 EBM)

## **Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie**

- Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens (GOP 34240, 34241, 34242 EBM)

## **Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie**

- Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens (GOP 34240, 34241, 34242 EBM)

## **Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie**

- Röntgenaufnahmen Thorax, Wirbelsäule, Myelographie (GOP 34220, 34221, 34222 EBM)
- Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken Weichteile; Arthrographie(n) (GOP 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234 EBM)
- Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens (GOP 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245 EBM)

## **Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung orthopädische Rheumatologie**

- Übersichtsaufnahmen des Schädels (GOP 34210 EBM)
- Röntgenaufnahmen Thorax, Wirbelsäule, Myelographie (GOP 34220, 34221, 34222 EBM)
- Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n) (GOP 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238 EBM)

## **Fachärzte für Radiologie**

- Röntgendiagnostik (GOP 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34282, 34294, 34295, 34296 EBM)
- Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule (GOP 34503 EBM)

Für die Ausführung der Phlebographie (GOP 34294, 34295, 34296 EBM) muss zusätzlich die Erklärung gemäß § 115 b SGB V ambulantes Operieren abgegeben werden (Seite 5)

## **Qualifikation**

Ich bin Facharzt für

- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung orthopädische Rheumatologie
- Radiologie
- Urologie

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

## Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen diagnostischen Radiologie
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der 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 Strahlen-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:

Phlebographie

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