

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### **Anlage 16** Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Name: \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_

#### 1. im Rahmen der ASV durchzuführende Untersuchungen

<input type="checkbox"/>	diagnostische Katheterangiographien
<input type="checkbox"/>	diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe

#### 2. Fachliche Anforderungen

##### diagnostische Katheterangiographien gemäß § 3 Abs. 1 QSV:

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass ich die Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung gemäß der QSV selbständig durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass ich eine mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie absolviert habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

##### diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe gemäß § 3 Abs. 2 QSV:

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie	<b>Nachweise beigefügt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass ich die Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung gemäß der QSV selbständig durchgeführt habe. Die kathetergestützten Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich versichere, dass ich eine mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in derangiographischen Diagnostik oder Therapie absolviert habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

### 3. Apparative Voraussetzungen

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 4 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

### 4. Räumliche Voraussetzungen

Für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien oder therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem werden folgende Voraussetzungen erfüllt (§ 5 Abs. 1 QSV):		
1. Eingriffsraum: Raumoberflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystemen, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden; Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Wascheinrichtung: geeignete Armaturen und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung: Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Umkleidebereich für Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 5. Organisatorische Voraussetzungen

Ich gewährleiste, dass gemäß § 5 Abs. 2 QSV ...		
<ul style="list-style-type: none"><li>mindestens eine medizinische Fachkraft im Eingriffsraum anwesend ist und eine weitere medizinische Fachkraft unmittelbar zur Verfügung steht. Die medizinischen Fachkräfte verfügen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten (<i>bitte Qualifikationsnachweise beifügen</i>)</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"><li>ein weiterer Arzt mit Erfahrungen in der Notfallmedizin in der Einrichtung zur Verfügung steht. (<i>bitte Qualifikationsnachweise beifügen</i>)</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

Zusätzlich gewährleiste ich, dass bei der Durchführung von therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem gemäß § 5 Abs. 3 QSV ...	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 zur gefäßchirurgischen Versorgung transportiert und versorgt werden können sowie schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen (<i>Bestätigung ist beizufügen</i>)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 6. Räumliche Voraussetzungen für die Nachbetreuung gemäß § 6 Abs. 1 QSV

<p>Für die Nachbetreuung (ggf. nach den EBM-GNR 01530 und 01531) steht ein geeigneter Überwachungsraum in der Einrichtung, in der die diagnostischen Katheterangiographien oder therapeutischen Eingriffe am Gefäßsystem durchgeführt werden, zur Verfügung.</p> <p>Für die Nachbetreuung nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs müssen sich diese darüber hinaus in räumlicher Nähe zu einem Eingriffsraum befinden.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

### 7. Organisatorische Voraussetzungen für die Nachbetreuung gemäß § 6 Abs. 2-4 QSV

1. Es ist gewährleistet, dass der Patient je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel nach der Durchführung einer diagnostischen Katheterangiographie am Gefäßsystem vier Stunden betreut und beobachtet wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Es ist gewährleistet, dass der Patient je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem sechs Stunden betreut und beobachtet wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Es ist gewährleistet, dass während der Nachbetreuung mindestens eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung in der Einrichtung anwesend ist.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Es ist gewährleistet, dass während der Nachbetreuung mindestens ein Arzt mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung zur unmittelbaren Hilfestellung in der Einrichtung zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Es ist sichergestellt, dass während der ersten 24 Stunden nach einer diagnostischen Katheterangiographie oder eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem, ein Arzt, der über eine QSV-Genehmigung zur interventionellen Radiologie verfügt, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

---

### 8. Dokumentationspflicht gemäß § 8 QSV

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht dokumentiere ich:		
1. die beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte bei der Durchführung der diagnostischen Katheterangiographie oder des therapeutischen Eingriffs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. die Dauer der Nachbetreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. die an der Nachbetreuung beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name  
(in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift