

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 1 Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Name: _____

Facharzt für _____

1. Fachliche Anforderungen

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie/Kinderkardiologie (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 QSV)	Nachweise beigefügt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
und	
Ich versichere, dass ich eine 3jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 QSV) absolviert habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
und	
Ich versichere, dass ich die Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1. 1.000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße innerhalb der letzten 4 Jahre (§ 4 Abs. 1 Nr. 3a) selbständig durchgeführt habe sowie 2. 300 therapeutische Katheterinterventionen an Koronararterien innerhalb der letzten 3 Jahre (§ 4 Abs. 1 Nr. 3b QSV) selbständig durchgeführt habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Organisatorische Voraussetzungen

Zur Durchführung von Linksherzkatheteruntersuchungen/therapeutischen Katheterinterventionen steht mindestens eine medizinische Fachkraft, welche über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen besitzt, im Katheterraum zur Verfügung (§ 5 Abs. 1 und 2 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Zur Durchführung von Linksherzkatheteruntersuchungen/therapeutischen Katheterinterventionen steht ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung (§ 5 Abs. 1 und 2 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

Für antragstellende Ärzte, die therapeutische Katheterinterventionen durchführen:

Die Patienten können innerhalb von höchstens 30 Minuten in eine stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie transportiert und dort versorgt werden. Bindende Absprachen zur Übernahme dieser Patienten mit der/den aufgeführten stationären Einrichtung/en bestehen (§ 5 Abs. 3 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Name(n) der stationären Einrichtung(en) (bitte angeben): _____

Nachbetreuung:

Räumlichkeiten für die Nachbetreuung stehen zur Verfügung (§ 5 Abs. 4 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es ist gewährleistet, dass die Betreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor erfolgt, um ggf. unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchführen zu können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Während der Nachbetreuung ist mindestens eine medizinische Fachkraft gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 QSV anwesend und ein approbierter Arzt steht zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung (§ 5 Abs. 5 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung steht ein qualifizierter Arzt innerhalb von höchstens 30 Minuten zur Verfügung (§ 5 Abs. 6 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es ist gewährleistet, dass der Patient wie folgt nachbetreut wird: (§ 5 Abs. 7 QSV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- nach einer Linksherzkatheteruntersuchung mindestens 4 Stunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- nach einer therapeutischen Katheterintervention mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3. Erklärung zur apparativen Ausstattung

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit erfüllt sind (§ 6 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

4. Erklärung

Ich versichere, die gemäß § 5 Abs. 8 QSV geforderte Dokumentation durchzuführen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift