

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der interventionellen Radiologie

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für _____

Beantragung

Ich beantrage folgende Leistung:

- diagnostische Katheterangiographien am arteriellen Gefäßsystem
- diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe am arteriellen Gefäßsystem

Bitte beachten Sie, dass vor der Durchführung der o. g. Leistungen zwingend die Seiten 10 und 11 dieses Antrags ausgefüllt werden müssen.

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Radiologie

Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde Radiologie
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) einschließlich Anwendungsbereich "Interventionen" sowie ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung
- Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten)
Alternativ: Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 StrlSchG

Diagnostische Katheterintervention

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

Diagnostische Katheterangiographie und die therapeutischen 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 der Antragstellung. 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

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen. 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 in vollem Umfang zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich selbst über eine Genehmigung der KV zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der interventionellen Radiologie verfügen.

Anforderung 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

Räumliche Anforderungen

Ich bestätige, dass die räumliche Ausstattung die folgenden Anforderungen erfüllt.

Eingriffsraum

- Die Raumboflächen (z.B. Wandbelag), die Oberflächen von betrieblichen Einbauten, 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 Umkleiemöglichkeit 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 Umkleibereich für Patienten ist vorhanden.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen.

Bei der **Durchführung** ist zu gewährleisten, dass

- 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.
- 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
- 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
- schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten

Für die **Nachbetreuung** ist sicherzustellen, dass

- ein geeigneter Überwachungsraum in räumlicher Nähe in der Einrichtung nach § 5 Abs. 1 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 therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem ein Arzt, der über die Genehmigung zur interventionellen Radiologie verfügt, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht
- Die schriftliche Patientenübernahmebestätigung der stationären Einrichtung mit namentlicher Nennung des Antragstellers bzw. des Angestellten füge ich diesem Antrag in Kopie bei.

Dokumentationspflicht

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind zu dokumentieren:

- die beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte bei der Durchführung der diagnostischen Katheterangiographie oder des therapeutischen Eingriffs nach § 5 Abs. 2,
- Dauer der Nachbetreuung nach § 6 Abs. 2
und
- die an der Nachbetreuung beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte nach § 6 Abs. 3 und 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung

von **diagnostischen Katheterangiographien**:

- Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 100 diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen, ggf. einschließlich der Nachbetreuung, innerhalb eines Zeitraumes von jeweils zwölf Monaten.

von **diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen**:

- Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 100 diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützten Eingriffen, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe, ggf. einschließlich der Nachbetreuung, innerhalb eines Zeitraumes von jeweils zwölf Monaten.

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von interventionellen Untersuchungen wird folgende Apparatur verwendet:

Gerätebezeichnung	
KV-Reg.-Nr.	
Standort BSNR	

Gerätebezeichnung	
KV-Reg.-Nr.	
Standort BSNR	

Gerätebezeichnung	
KV-Reg.-Nr.	
Standort BSNR	

Gerätebezeichnung	
KV-Reg.-Nr.	
Standort BSNR	

- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet, der / die aktuell gültige/n Prüfbericht/e zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht) liegt / liegen diesem Antrag bei.
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparategemeinschaft** genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät ist / die Geräte sind Eigentum von _____.

Weitere Anforderungen

- Ich bestätige, dass ich
 - gemäß § 85 Abs. 1 StrlSchG die Aufzeichnungspflicht einhalten und die Aufzeichnungen sowie Aufnahmen nach § 85 Abs. 2 StrlSchG aufbewahren werde und erkläre mich einverstanden, dass diese Aufzeichnungen jederzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingesehen werden können.
 - dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden ist.
 - die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5-jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis den Bestimmungen der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie entsprechen.
- die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KV Hamburg Unterlagen, die für die Bearbeitung relevant sind, aus dem Arztregister, aus dem Zulassungsausschuss sowie von der Ärztlichen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hamburg zur Bearbeitung heranziehen dürfen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie in der aktuell gültigen Fassung

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank e.G.

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Vermerk. Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
-----	----------

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
--------------------------------	------------------

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel

Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren zur Durchführung von Leistungen der interventionellen Radiologie

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

- diagnostische Katheterangiographien
- diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe

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 KV Hamburg 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 aktuell gültigen Fassung

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**

Praxisstempel

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift **Angestellter**

Name in Druckbuchstaben

Bestätigung des OP-Betreibers (nur bei Mitbenutzung erforderlich)

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr _____ 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.

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift
des OP-Betreibers