

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie

Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
---------------	------------------------

Fachrichtung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____ als:

Vertragsarzt
 Angestellter Arzt
 Ermächtigter Arzt
 Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....

.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

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

Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen

- Linksherzkatheteruntersuchungen
- therapeutische Katheterinterventionen

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Urkunde über die Schwerpunktbezeichnung Kardiologie
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung
- Genehmigung nach § 12 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) oder Anzeigebestätigung nach § 19 StrlSchG, ausgestellt durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten)
- Zeugnis über eine 3-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1.000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße unter Anleitung innerhalb der letzten 4 Jahre
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung innerhalb der letzten 3 Jahre vor der Antragstellung
- **300 Dokumentationen** von therapeutischen Katheterinterventionen die vom Antragsteller als erster Untersucher und vom anleitenden Arzt unterzeichnet sind
- Eine schriftliche Patientenübernahmebestätigung von der stationären Einrichtung für die Übernahme von Patienten im Notfall nach einem Eingriff. Diese ist personenbezogen für den Antragsteller von der Klinik auszustellen.

Die entsprechenden Urkunden, Zeugnisse, Bescheinigungen und Weiterbildungsnachweise sind diesem Antrag in Kopie beizulegen.

Personelle Anforderungen

- Zeugnis darüber, dass die für Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen zur Verfügung stehende medizinische Fachkraft über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen verfügt

Anforderungen an die apparative Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die apparative Praxisausstattung erfüllt sind:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms
- EKG-Monitor und Rufanlage

Die Röntgeneinrichtung verfügt über folgende Möglichkeiten der Dokumentation der Katheterisierung:

- CD-Medical im DICOM-ACC/ESC Standard
- Kinokamera
- Digitale oder analoge Bildplatte
- CD-Medical, die dem DICOM-ACC/ESC Standard nicht entspricht

Apparative Ausstattung

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.
Betriebsstätte (Adresse o. BSNR): _____
Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____ KV-Reg.-Nr.: _____
- Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte den aktuell gültigen Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung bei (TÜV-Prüfbericht).

Hinweis

Jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung), sowie Änderungen der Bauartzulassung muss unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg schriftlich angezeigt werden.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- Eine medizinische Fachkraft ist bei der Durchführung von therapeutischen Katheterinterventionen im Katheterraum anwesend.
- Während der Betreuung nach einer therapeutischen Katheterintervention ist eine medizinische Fachkraft anwesend.
- Ein/e approbierte/r Arzt / Ärztin ist zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend.
- Ein/e approbierte/r Arzt / Ärztin ist zur unmittelbaren Hilfestellung während der Betreuung nach einer therapeutischen Katheterintervention verfügbar.
- Ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffs, ist es möglich die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in einer stationären Abteilung zur Kardiochirurgie zu transportieren und dort zu versorgen.
- Bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung steht ein/e gemäß § 4 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie qualifizierte/r Arzt / Ärztin innerhalb von höchstens 30 Minuten dem Patienten zur Verfügung.
- Die Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung, müssen in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor liegen.
- Es wird gewährleistet, dass der Patient nach einer Linksherzkatheteruntersuchung in der Regel mindestens 4 Stunden nachbetreut wird.
- Es wird gewährleistet, dass der Patient nach einer therapeutischen Katheterintervention mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden nachbetreut wird.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Invasiven Kardiologie entsprechen.

Dokumentationspflicht

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind zu dokumentieren nach §5:

1. Die beteiligten bei der Durchführung der Katheterisierungen nach Abs. 1 und 2
2. Ort der Nachbetreuung nach Absatz 4 Satz 2 und Zeitdauer der Betreuung der Patienten nach einer Linksherzkatheteruntersuchung und nach einer therapeutischen Katheterintervention in der Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung
3. die an der Nachbetreuung nach Absatz 5 Beteiligten
4. aufgetretene Komplikationen

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Linksherzkatheteruntersuchungen:

Die Auflage gilt als erfüllt, wenn in einem Abstand von 12 Monaten jeweils nachgewiesen wird, dass innerhalb dieses Zeitraums mindestens 150 Linksherzkatheteruntersuchungen durchgeführt wurden.

Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von therapeutischen Katheterinterventionen:

Die Auflage gilt als erfüllt, wenn in einem Abstand von 12 Monaten jeweils nachgewiesen wird, dass innerhalb dieses Zeitraums mindestens 150 Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterinterventionen, durchgeführt wurden.

Rechtlicher Hintergrund

Vorraussetzungen gemäß §135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) in der aktuell geltenden Fassung

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie in der aktuell geltenden Fassung

Gebühren

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

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen 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 Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

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

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten 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 im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

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 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**

Name in Druckbuchstaben

Erklärung gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren bei invasiven Untersuchungen

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

- Linksherzkatheteruntersuchungen
- therapeutische Katheterinterventionen

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 apparativtechnischen 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, Praxisstempel

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.

Datum

**Stempel und Unterschrift
des OP-Betreibers**

**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/der 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

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Praxisstempel