

Arztstempel

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

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 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?

Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen

- Linksherzkatheteruntersuchungen
- therapeutische Katheterinterventionen

Bitte beachten Sie, dass vor der Durchführung der o. g. Leistungen zwingend die Seiten 9 und 10 dieses Antrages ausgefüllt werden müssen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Facharzturkunde für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie / Innere Medizin und Kardiologie
- 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 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
- Zeugnis über eine 3-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung.
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße unter Anleitung innerhalb der letzten 4 Jahre vor der Antragstellung
- 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

Anforderung an die apparative Praxisausstattung

- Ich verpflichte mich, folgende apparative Ausstattung vorzuhalten:
 - ➔ Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
 - ➔ Absaugvorrichtung
 - ➔ Sauerstoffversorgung
 - ➔ Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
 - ➔ Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms
 - ➔ EKG-Monitor und Rufanlage

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von invasiven kardiologischen Leistungen wird folgende Apparatur verwendet:

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 bei (TÜV-Prüfbericht) liegt / liegen diesem Antrag bei
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparategemeinschaft** genutzt. Das im Anhang befindliche Formular liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät ist / die Geräte sind Eigentum von _____
- die Röntgeneinrichtung verfügt über die Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-AVV/ESC Standard.

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

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Organisatorische Anforderungen

- Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:
 - Eine medizinische Fachkraft ist bei der Durchführung von Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutischen Katheterinterventionen im Katherraum anwesend.
 - Die medizinischen Fachkräfte verfügen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in Katheterisierungen.
 - Während der Betreuung nach einer therapeutischen Katheterintervention ist eine medizinische Fachkraft anwesend.
 - Ein approbierter Arzt ist zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend.
 - Ein approbierter Arzt 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 gemäß § 4 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie qualifizierter Arzt 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.
- Die 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.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

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.

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.

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.
- ➔ mich damit einverstanden erkläre, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie entspricht.

Dokumentationspflicht

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind nach § 5 zu dokumentieren:

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

Rechtlicher Hintergrund

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie) in der aktuell gültigen 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 höchsten Gebühren bis zu 300 € 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 Ärztebank 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. 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 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

Unterschrift Antragsteller

Datum

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 (Name des Anstellenden)	Datum ab
---	----------

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 zu Durchführung von Leistungen der invasiven Kardiologie

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 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 jeweils gültigen Fassung).

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.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift
des OP-Betreibers