

**Antrag auf Genehmigung:**

**Invasive Kardiologie (Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur invasiven Kardiologie vom 3. September 1999, in der derzeit gültigen Fassung - Daneben gelten insbesondere die Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

**oder**

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

**Hinweise**

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

**Einverständnis zur Datenübermittlung**

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses, der Ärztlichen Stelle Schleswig-Holstein oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

**Betriebsstätten**

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

**Fachliche Voraussetzungen\***

- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie -bitte beifügen-
- 3jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung -bitte beifügen-

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von

- 1000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen Gefäße unter Anleitung innerhalb der letzten 4 Jahre vor Antragstellung
- 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung

Dokumentationen (ggf. anonymisiert) der nachzuweisenden Anzahl von 300 therapeutischen Katheterinterventionen

(bitte beifügen und in chronologischer Reihenfolge einreichen)

- Zeugnisse, welche von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind und mindestens folgende Angaben beinhaltet:
  - Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand
  - Zahl der vom Antragsteller durchgeführten Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutischen Katheterinterventionen
  - Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutischen Katheterinterventionen
- Zeugnisse über die Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nach der Weiterbildungsordnung belegen -bitte beifügen-
- Fachkunde im Strahlenschutz für das beantragte Gebiet -bitte beifügen-

### Apparative Voraussetzungen

---

- Intubationsbesteck
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG und Oszilloskop
- Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms
- EKG-Monitor und Rufanlage
- Röntgeneinrichtung mit Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-AVV/ESC Standard
- Anzeigebestätigung vom Ministerium und Sachverständigengutachten nach StrlSchG § 19 (alt RöV) -bitte beifügen-
- ggf. Apparategemeinschaftsvertrag, wenn die Röntgeneinrichtung nicht Eigentum des Antragsstellers ist -bitte beifügen-

Herzkathetermessplatz am Standort

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**oder**

die Einrichtung wird im Rahmen einer Mitnutzung des am Krankenhauses

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

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

installierten Herzkathetermessplatz genutzt (Kathetermessplatz-Nutzungsvertrag) -bitte beifügen-

### Organisatorische/bauliche Voraussetzungen

---

Es ist gewährleistet, dass

- ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffes die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in einer stationären Abteilung zur Kardiochirurgie transportiert und dort versorgt werden können

Einrichtung: \_\_\_\_\_

- bindende Absprachen, die schriftlich zu dokumentieren sind, mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen **-bitte beifügen-**
- Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung stehen, damit die Betreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor erfolgen kann, um ggf. unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchführen zu können
- während der Nachbetreuung des Patienten mindestens eine medizinische Fachkraft gem. Abs. 1 Satz 2 anwesend ist und ein approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung steht
- dem Patienten bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ein gem. § 4 qualifizierter Arzt innerhalb von höchstens 30 Minuten zur Verfügung steht

### **Erklärung zur invasiven Kardiologie gemäß § 115b SGB V ambulantes Operieren**

Hiermit erkläre ich, dass die allgemeinen Anforderungen sowie die folgenden Anforderungen der o. g. Vereinbarung erfüllt werden:

- Räumliche Ausstattung
- Apparativ-technischen Voraussetzungen
- Wascheinrichtung
- Instrumentarium und Geräte
- Arzneimittel

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

### **Kleinere invasive Eingriffe**

#### Räumliche Ausstattung

- Eingriffsraum
- Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum
- Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial
- ggf. Ruheraum für Patienten
- ggf. Umkleidebereich für Patienten

#### **Apparativ-technische Voraussetzungen**

##### Eingriffsraum

- Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystemen, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag

##### Wascheinrichtung

- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

Darüber hinaus sind nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

##### Instrumentarium und Geräte

- Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung  
Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial
- Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

### Personelle Voraussetzungen

---

Es ist gewährleistet, dass

- mindestens eine medizinische Fachkraft im Katheterraum anwesend ist
- die medizinische Fachkraft über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie in der Betreuung von Patienten nach Durchführung von Katheterisierungen verfügt **-bitte beifügen-**  
mir ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zu Verfügung steht
- Name des Arztes: \_\_\_\_\_ **-bitte beifügen-**
- oder**
- Krankenhaus: \_\_\_\_\_ **-bitte beifügen-**
- Abteilung: \_\_\_\_\_
- Name des Arztes: \_\_\_\_\_

### Zustimmung

---

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kommission Ambulantes Operieren bei Bedarf eine Praxisbegehung und ein Gespräch am Ort der Leistungserbringung durch eine eingesetzte Arztgruppe vornehmen lässt.

### Unterschrift(en)

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**  
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person