

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 		
Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	34283 34284 34285 34286 34287	Serienangiographien Zuschlag zur Nr. 34283 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße Zuschlag zur Nr. 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in Nr. 34284 genannter Gefäße Zuschlag zur Nr. 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme Zuschlag zur Nr. 34283 bei Verwendung eines C-Bogens
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		

Fachliche Voraussetzungen	Während der nachstehenden Zeiten (mindestens 1 Jahr) war ich überwiegend in der angiographischen Diagnostik und/oder Therapie unter Anleitung tätig:				
	von	bis	Einrichtung		
				-bitte beifügen-	
				-bitte beifügen-	
	- Zeugnisse gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 bzw. Abs. 2 Nr. 3 -				
	<p>Diagnostische Katheterangiographie</p> <p>Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahren vor Antragstellung -Zeugnisse gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 bitte beifügen-</p> <p>Diagnostische Katheterangiographie und therapeutische Eingriffe</p> <p>Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten -Zeugnisse gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 bitte beifügen-</p>				
Apparative Voraussetzungen	<p>Anforderung an die apparative Ausstattung nach Abschnitt C der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 StrlSchG -bitte beifügen- ▪ Anzeigebestätigung nach § 19 Abs. 1 StrlSchG des Ministeriums für Energiewende, Landwirtschaft, Umwelt, Natur und Digitalisierung des Landes Schleswig-Holstein -bitte beifügen- ▪ C-Bogen (Abrechnung der Nr. 34287) -bitte beifügen- <p>Das Gerät wird in einer Apparategemeinschaft genutzt -Apparategemeinschaftsvertrag bitte beifügen-</p>			ja	nein
	<p>Werden nachfolgende Ausstattungen vorgehalten?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fachspezifisches Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten 2. Geräte zum EKG- und Blutdruckmonitoring 3. Pulsoxymeter 4. Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung 5. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung 6. Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung 				

Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen	Räumliche Voraussetzungen für die Durchführung (§ 5 Abs. 1) Werden die nachstehenden Voraussetzungen an die räumliche Ausstattung erfüllt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingriffsraum Raumoberfläche (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag ▪ Wascheinrichtung Geeignete Armaturen und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion ▪ Umkleidemöglichkeit für Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum ▪ Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial ▪ Umkleidebereich für Patienten 	ja	nein
	Organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung (§ 5 Abs. 2) Ist bei der Durchführung gewährleistet, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung im Katheterraum anwesend ist und <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine weitere medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung im Katheterraum unmittelbar zur Verfügung steht und <ul style="list-style-type: none"> ▪ ein weiterer Arzt mit Erfahrung in der Notfallmedizin in der Einrichtung zur Verfügung steht. Bitte Namen des Arztes angeben: <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		
	Zusätzliche organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung von therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem (§ 5 Abs. 3) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird bei der Durchführung gewährleistet, 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 zur gefäßchirurgischen Versorgung transportiert und dort versorgt werden können Bitte Namen der stationären Einrichtung angeben: <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Haben Sie schriftliche Absprachen mit dieser stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten getroffen? 		

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt