

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6





23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der 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)

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/>	Angiokardiographie bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr (34290 EBM in Zusammenhang mit 34291 EBM)		
	<input type="checkbox"/>	Diagnostische Linksherzkatheteruntersuchungen mit Koronarangiographien (34291 EBM)		
	<input type="checkbox"/>	und/oder Therapeutische Linksherzkatheteruntersuchungen (34292 EBM)		
Fachliche Voraussetzungen		Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
		3jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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 von Antragstellung Dokumentationen (ggf. anonymisiert) der nachzuweisenden Anzahl von 300 therapeutischen Katheterinterventionen (bitte in chronologischer Reihenfolge einreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zeugnisse über die Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik, die den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nach der Weiterbildungsordnung belegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fachkunde im Strahlenschutz für das beantragte Gebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparative Voraussetzungen		a) Intubationsbesteck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
		b) Absaugvorrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		c) Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		d) Defibrillator mit Einkanal-EKG und Oszilloskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>e) Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>f) EKG-Monitor und Rufanlage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
	<p>Röntgeneinrichtung mit Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-AVV/ESC Standard <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>☞ Anzeigebestätigung vom Ministerium und Sachverständigengutachten nach StrlSchG § 19 (alt RöV) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>☞ ggf. Apparatgemeinschaftsvertrag, wenn die Röntgeneinrichtung nicht Eigentum des Antragsstellers ist <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
	<p>Herzkathetermessplatz am Standort</p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>Ort: <input type="text"/></p> <p>oder</p> <p>die Einrichtung wird im Rahmen einer Mitnutzung des am Krankenhauses</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>Ort: <input type="text"/></p> <p>installierten Herzkathetermessplatz genutzt (Kathetermessplatz-Nutzungsvertrag)</p>
Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen	<p>Es ist gewährleistet, dass</p> <p>☞ ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffes die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in einer stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie transportiert und dort versorgt werden können</p> <p>Einrichtung: <input type="text"/></p> <p>☞ bindende Absprachen, die schriftlich zu dokumentieren sind, mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>☞ 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>☞ 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>☞ dem Patienten bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ein gem. § 4 qualifizierter Arzt innerhalb von höchstens 30 Minuten zur Verfügung steht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

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



	<u>Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial</u> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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	ja	nein
	☞ mindestens eine medizinische Fachkraft im Katheterraum anwesend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ die medizinische Fachkraft über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie in der Betreuung von Patienten nach Durchführung von Katheterisierungen verfügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☞ mir ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zu Verfügung steht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name des Arztes: <input style="width: 300px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
Krankenhaus: <input style="width: 300px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abteilung: <input style="width: 300px;" type="text"/>			
Name des Arztes: <input style="width: 300px;" type="text"/>			
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 		
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		

Ich bestätige, die Vereinbarung zur invasiven Kardiologie inhaltlich zur Kenntnis genommen zu haben.

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.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

