

Antrag
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der
interventionellen Radiologie nach der Vereinbarung von Qualifikationsvorausset-
zungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie
(Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie)

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im **MVZ**

angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstätte

(Adresse) _____

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte

(Adresse) _____

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV _____ erhalten.

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

Beantragte Untersuchungen

- diagnostische Katheterangiographien
(GOP 34283, 34284, 34285, 34287)

oder

- diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe
(GOP 34283, 34284, 34285, 34286, 34287)

Fachliche Qualifikationsnachweise

Facharzturkunde

Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik

Für die Beantragung der diagnostischen Katheterintervention muss folgendes Zeugnis vorliegen:

- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung
- Zeugnis über eine mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie unter Anleitung

Für die Beantragung der diagnostischen Katheterangiographie und therapeutische Eingriffe muss folgendes Zeugnis vorliegen:

- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung. Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.
- Zeugnis über eine mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie unter Anleitung.
-

Bitte fügen Sie die entsprechenden Urkunden, Zeugnisse, Bescheinigungen und Weiterbildungsnachweise diesem Antrag in Kopie bei.

Organisatorische Voraussetzungen

Hiermit bestätige ich, dass während der Betreuung nach einem therapeutischen Eingriff eine medizinische Fachkraft gemäß § 6 Abs. (3) Nr. 1 anwesend ist

Die medizinischen Fachkräfte müssen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten verfügen.

Hiermit bestätige ich, dass bei der Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen ein weiterer Arzt / eine weitere Ärztin mit Erfahrung in der Notfallmedizin in der Einrichtung zur Verfügung steht

Hiermit bestätige ich, dass es ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines chirurgischen Eingriffs möglich ist, 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

- Hiermit bestätige ich, dass zur unmittelbaren Hilfestellung während der Betreuung nach einem therapeutischen Eingriff ein/e Arzt/Ärztin zur Verfügung steht
- Hiermit bestätige ich, dass sich die Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten nach einem therapeutischen Eingriff, in räumlicher Nähe zu einem Eingriffsraum befinden
- Ich bestätige, dass während der ersten 24 Stunden nach einer diagnostischen Katheterangiographie oder eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem ein/e Arzt/Ärztin, der/die über eine Genehmigung zur Interventionellen Radiologie verfügt, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht
- Ich bestätige, dass nach der Durchführung einer diagnostischen Katheterangiographie am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel 4 Stunden, der Patient betreut und beobachtet wird.
- Ich bestätige, dass nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel 6 Stunden, der Patient nach betreut und beobachtet wird.

Räumliche Voraussetzungen

- Die Raumbooberflächen, die Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystemen, Lampen) und die Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden
- flüssigkeitsdichten Fußbodenbelag
- Geeignete Armaturen und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion sind vorhanden
- Die Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), ist getrennt vom Eingriffsraum
- Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial sind vorhanden
- Ein Umkleidebereich für Patienten ist vorhanden

Apparative Voraussetzungen

- Fachspezifisches Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Geräte zum EKG- und Blutdruckmonitoring
- Pulsoxymeter
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung füge ich einen Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, bei.

Die Röntgeneinrichtung ist mein Eigentum und steht in meiner Praxis.

Die Röntgeneinrichtung ist mein Eigentum und befindet sich in meinem **ausgelagerten Praxisteil**.

Standort der Auslagerung: _____

Da sich das von mir genutzte Gerät nicht an meinem Praxissitz befindet, beantrage ich die Nutzung an einem ausgelagerten Praxisteil.

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Die Röntgeneinrichtung wird in **Apparategemeinschaft** mit der **Praxis**

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Die Röntgeneinrichtung wird in **Apparategemeinschaft** mit dem **Krankenhaus**:

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Dokumentationsverpflichtung

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht dokumentiere ich

1. die beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte bei der Durchführung der Diagnostischen Katheterangiographie **oder** des therapeutischen Eingriffs
- und
2. die Dauer der Nachbetreuung
- und
3. die an der Nachbetreuung beteiligten Ärzte und medizinischen Fachkräfte.

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit,

1. dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden bzw. bestellt ist.
2. jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung), sowie Änderungen der Bauartzulassung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen schriftlich anzeigen werde.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Bremen die zuständige Sachverständigen-Kommission beauftragen kann, meine im Betrieb befindliche Einrichtung darauf zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß dieser Vereinbarung entspricht.

Bitte beachten Sie, dass die Ausführung und Abrechnung der Leistungen der Interventionellen Radiologie erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen zulässig ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes