



Nachweis der Voraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V
zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen
(Nrn. 34291, 34292 EBM, Stand 01.04.2005)
- Vereinbarung zur invasiven Kardiologie -
vom 03.09.1999, in Kraft getreten am 01.10.1999

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 Betriebsstätte/n erbracht

1. Betriebsstätte _____
(Adresse)
BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebsstätte _____
(Adresse)
BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Beantragte Untersuchungen

Hiermit beantrage ich die Ausführung und Abrechnung folgender invasiver kardiologischer Leistungen:

- Linksherzkatheteruntersuchungen
 therapeutische Katheterinterventionen

Fachliche Qualifikationsnachweise

- Urkunde über die Schwerpunktbezeichnung Kardiologie
- Zeugnis über eine 3jährige 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
- 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

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

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

Organisatorische Voraussetzungen

- Hiermit bestätige ich, dass bei der Durchführung von therapeutischen Katheterinterventionen eine medizinische Fachkraft im Katheterraum anwesend sein wird.
- Hiermit bestätige ich, dass während der Betreuung nach einer therapeutischen Katheterintervention eine medizinische Fachkraft anwesend ist.
- Hiermit bestätige ich, dass im jeweiligen Herzkatheterlabor ein/e approbierte/r Arzt / Ärztin zur unmittelbaren Hilfestellung anwesend sein wird.
- Hiermit bestätige ich, dass es ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffs möglich ist, die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in eine stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie zu transportieren und dort zu versorgen.
- Hiermit bestätige ich, dass zur unmittelbaren Hilfestellung während der Betreuung nach einer therapeutischen Katheterintervention ein/e approbierte/r Arzt / Ärztin zur Verfügung steht.
- Hiermit bestätige ich, dass sich die Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung, in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor befinden.
- Ich bestätige, dass bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ein/e gemäß § 4 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie qualifizierte/r Arzt / Ärztin innerhalb von höchstens 30 Minuten dem Patienten zur Verfügung steht.
- 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.

Apparative Ausstattung

Folgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit sind erfüllt:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-Elektrokardiogramms
- EKG-Monitor und Rufanlage

Die Röntgeneinrichtung verfügt über folgende Möglichkeiten der Dokumentation der Katheterisierung:

- Kinokamera
 - digitaler oder analoger Bildplatte
 - CD-Medical, die dem DICOM-ACC/ESC Standard nicht entspricht
 - CD-Medical im DICOM-ACC/ESC Standard
- 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: _____
- 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: _____
- 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: _____

Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen bezüglich der Auflagen zur fachlichen Befähigung (§ 7 der Vereinbarung)

- Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, daß ich zu der geforderten Mindestanzahl therapeutischer und/oder diagnostischer Eingriffe erstmals nach Ablauf von 12 Monaten den Nachweis zu führen habe.
- Von der Richtlinie habe ich Kenntnis genommen.

Nachweis lediglich für regelmäßige Linksherzkatheteruntersuchungen (§ 10 Abs. 3 i.V.m. § 10 Abs. 2 der Vereinbarung)

- Ich habe nicht regelmäßig therapeutische Katheterinterventionen durchgeführt. Ich beantrage daher eine Genehmigung gem. § 8 der Vereinbarung.

Dokumentation

Ich dokumentiere:

- die Beteiligten bei der Durchführung der Katheterisierungen nach den Nrn. 1 und 2
und
- den Ort der Nachbetreuung nach Nr. 5 Satz 2 und die Zeitdauer der Betreuung der Patienten nach einer Linksherzkatheteruntersuchung und therapeutischen Katheterintervention in der Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung
und
- aufgetretene Komplikationen
und
- die an der Nachbetreuung nach Nr. 6 Beteiligten

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich

- jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung), sowie Änderungen der Bauartzulassung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen schriftlich anzeigen werde.
- damit einverstanden bin, 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.
- mich damit einverstanden erkläre, dass die zuständige Kommission die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie entsprechen.

Bitte beachten Sie, dass die Ausführung und Abrechnung der Leistungen der invasiven Kardiologie 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