

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der interventionellen Radiologie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß § 135 Abs.2 SGB V Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie)

☐ Genehmigung der KV _____ liegt vor (Bescheid bitte beilegen)

1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

2. Die Antragstellung erfolgt

- ☐ für mich persönlich (Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2)
- ☐ für _____

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)

Fachgebiet	Schwerpunkt
☐ niedergelassen (zugelassen), ☐ angestellt, ☐ ermächtigt seit: _____ Datum	

4. Ort der Leistungserbringung:

- ☐ Betriebsstätte ☐ Nebenbetriebsstätte¹ ☐ ausgelagerte Praxisstätte²

5. Kontaktdaten:

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes³

Tel./Fax/E-Mail

¹ Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

² Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

³ solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

6. Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Diagnostische Katheterangiographien
(GOP 34283, 34284, 34285, 34287 EBM)
- ☐ Diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe
(GOP 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 EBM)

7. Fachliche Befähigung (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)

a. Ausschließlich für die Durchführung diagnostischer Katheterangiographien:

- ☐ Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen, davon 250 kathetergestützt unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre
- ☐ Mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie unter Anleitung.

b. Für die Durchführung diagnostischer Katheterangiographien und therapeutischer Eingriffe:

- ☐ Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon 250 kathetergestützt unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre. Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 gefäßerweiternde und mindestens 25 gefäßverschießende Maßnahmen umfassen.
- ☐ Mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik und Therapie unter Anleitung.

Für a. und b. gilt:

Die Gefäßdarstellungen, Eingriffe und die Tätigkeiten, die im Rahmen der Facharztweiterbildung absolviert wurden, werden anerkannt.

Die Anleitung muss bei einem Arzt stattfinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung zum Facharzt „Radiologie“ befugt ist. Ist der anleitende Arzt nicht in vollem Umfang befugt, muss er zusätzlich über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie verfügen.

Hinweis zu den Zeugnissen/Nachweisen:

Die Zeugnisse müssen vom anleitenden Arzt ausgestellt und unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben beinhalten: Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand; Zahl der selbständig durchgeführten diagnostischen Gefäßdarstellungen, diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen unter Anleitung, aufgeteilt nach der Zahl der gefäßerweiternden und gefäßverschießenden Maßnahmen; Beurteilung der fachlichen Befähigung zur selbständigen Indikationsstellung bzw. Sicherung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen; Dauer der Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik und Therapie.

8. Apparative Ausstattung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte benennen Sie die Geräte, damit wir unsere Informationen auf Aktualität überprüfen können:

1. _____
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr
Standort: ☐ Hauptstandort ☐ Nebenbetriebsstätte ☐ Apparatgemeinschaft*

Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

2. _____
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr
Standort: ☐ Hauptstandort ☐ Nebenbetriebsstätte ☐ Apparatgemeinschaft*

Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

* Wenn Geräte im Rahmen einer Apparatgemeinschaft genutzt werden, wird zusätzlich die schriftliche Bestätigung des Geräteeigentümers benötigt.

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach §4 der QSV i.V.m. Abschnitt C der Vereinbarung zur Stahldiagnostik und-therapie wird der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung vorgelegt, aus dem eindeutig hervorgehen muss, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Sachverständigen-Prüfrichtlinie nach dem Strahlenschutzgesetz und der Strahlenschutzverordnung (SV-RL) für die beantragten Leistungen erfüllt sind

- ☐ ist dem Antrag beigelegt
- ☐ wurde bereits durch _____
nachgewiesen und liegt der KVMV bereits vor.

Jede wesentliche Veränderung an der Apparatur sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werde ich unverzüglich mitteilen.

9. Zusätzliche apparative Voraussetzungen:

Ich bestätige, dass in der Praxis/Einrichtung die apparativen Voraussetzungen gemäß §§ 4 und 5 der QS-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie erfüllt und dauerhaft aufrechterhalten werden.

10. Räumliche und organisatorische Voraussetzungen für die Nachsorge

Ich gewährleiste, dass die Patienten nach

- einer diagnostischen Katheterangiographie in der Regel mindestens 4 Stunden
- einem therapeutischen Eingriff je nach Art und Schwere in der Regel 6 Stunden

durch eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung in der Einrichtung nachbetreut werden. Ein Arzt mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung steht zur unmittelbaren Hilfestellung in der Einrichtung zur Verfügung.

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Die Räumlichkeiten zur Nachbetreuung sind in unmittelbarer Nähe zum Eingriffsraum, um gegebenenfalls einen erneuten Eingriff durchführen zu können.

Während der ersten 24 Stunden nach dem Eingriff stelle ich sicher, dass ich für den Patienten telefonisch zur Verfügung stehe.

Ich verpflichte mich,

- die Namen aller Beteiligten bei der Durchführung der diagnostischen Katheterangiographie oder des therapeutischen Eingriffs,
- die Dauer der Nachbetreuung,
- die Namen aller an der Nachbetreuung Beteiligten

zu dokumentieren.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt. Mir ist bekannt, dass die KVMV die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Hierzu gebe ich mein Einverständnis.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

_____ Datum	_____ Unterschrift Leistungserbringer/in	_____ ggf. Stempel
----------------	---	-----------------------

Bei angestellten Ärzten:

_____ Datum	_____ Unterschrift anstellende/r Ärztin/Arzt bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ	_____ Stempel
----------------	---	------------------