

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/403085

A N T R A G
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von
invasiven kardiologischen Leistungen

Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Untersuchungsumfang - Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Ich beantrage folgende Leistungen in der

Betriebsstätten-/Nebenbetriebsstätten-Nr.

Ort, Straße, Hausnummer

EBM GOP

- 34290 Angiokardiographie bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- 34291 Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie
- 34292 Zuschlag zu der GOP 34291 bei Durchführung interventioneller Maßnahmen (z.B. PTCA, Stent)
- 34298 Zuschlag zu der GOP 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von invasiven kardiologischen Leistungen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

Ich bin zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“** berechtigt
und

war 3 Jahre kontinuierlich und ganztägig in der invasiven Kardiologie unter Anleitung tätig
und

erfülle die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen:

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
sowie
- 300 therapeutische Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung innerhalb der letzten 3 Jahre.
- Die Anleitung erfolgte bei einem zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung für den Schwerpunkt **Kardiologie** befugten Arzt
und
- ich besitze die **Fachkunde im Strahlenschutz** nach der Strahlenschutzverordnung in der gebietsspezifischen Röntgendiagnostik.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Organisatorische Anforderungen

Bei der Durchführung von **Linksherzkatheteruntersuchungen** steht folgendes Personal zur Verfügung:

- eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen
Bitte entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen.
und
- ein weiterer approbierter Arzt.

Bei der Durchführung von **therapeutischen Katheterinterventionen** steht folgendes Personal zur Verfügung:

- eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen
Bitte entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen.
und
- ein weiterer approbierter Arzt.

Bei der Durchführung von **therapeutischen Katheterinterventionen** ist gewährleistet, dass:

- ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffs die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in eine stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie transportiert und dort versorgt werden können
sowie
- bindende Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen
Bitte die diesbezügliche schriftlich dokumentierte Absprache vorlegen.
- Es stehen Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung.
- Die Betreuung der Patienten nach einer **therapeutischen Katheterintervention** erfolgt in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor, um ggf. eine erneute Katheterintervention durchführen zu können.

Während der Nachbetreuung steht folgendes Personal zur Verfügung:

- eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen
Bitte entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen.
und
- ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung.
- Bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung steht dem Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten ein gemäß § 4 bzw. § 10 qualifizierter Arzt zur Verfügung.

Es ist gewährleistet, dass:

- nach einer **Linksherzkatheteruntersuchung** der Patient in der Regel mindestens 4 Stunden und
- nach einer **therapeutischen Katheterintervention** der Patient mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel mindestens 24 Stunden nachbetreut wird.

Es wird dokumentiert:

- die Beteiligten bei der Durchführung der Katheterisierung (medizinische Fachkraft und approbierter Arzt)
- Ort der Nachbetreuung, Zeitdauer in der Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung
- die Beteiligten an der Nachbetreuung (medizinische Fachkraft und approbierter Arzt)
- aufgetretene Komplikationen

Auf Anforderung der KV RLP ist durch die Vorlage der ggf. anonymisierten Dokumentationen die Einhaltung der Anforderungen nachzuweisen.

V. Apparative Anforderungen

Das Herzkatheterlabor und die Nachsorgeeinheit verfügt über folgende apparative Ausstattung:

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

Die Röntgeneinrichtung verfügt über

- die Möglichkeit der Dokumentation der Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM- ACC/ESC Standard

Die Röntgeneinrichtung wird seit _____ betrieben und verfügt über:

- eine Kinokamera
- eine digitale bzw. analoge Bildplatte
- eine CD-Medical, die dem DICOM-ACC/ESC Standard nicht entspricht

Röntgeneinrichtungen, die vor Inkrafttreten der Vereinbarung betrieben und über eine Dokumentationsmöglichkeit mittels Kinokamera, digitaler oder analoger Bildplatte oder einer CD-Medical, die dem DICOM-ACC/ESC Standard nicht entspricht, können in der vertragsärztlichen Versorgung weiterverwendet werden.

Die Röntgeneinrichtung wird seit _____ betrieben und verfügt ausschließlich über:

- eine Videodokumentation

VI. Auflage an die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

Auflagen für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung **therapeutischer Katheterinterventionen**:

- In einem Abstand von 12 Monaten Nachweis der Durchführung von mindestens 150 Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterinterventionen, innerhalb dieses Zeitraums.
- Widerruf der Genehmigung, wenn nach Ablauf von weiteren folgenden 12 Monaten der Nachweis der geforderten Leistungen erneut nicht geführt werden kann.
- Erteilung einer erneuten Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung therapeutischer Katheterinterventionen auf Antrag bei Nachweis, dass innerhalb von 6 aufeinanderfolgenden Monaten nach Widerruf der Genehmigung mindestens 50 Katheterisierungen, davon mindestens 25 therapeutische Katheterinterventionen, unter der Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arzt durchgeführt wurden.

Nachweis anhand von Zeugnissen gemäß § 9 der Vereinbarung.

Auflagen für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung **Linksherzkatheteruntersuchungen**:

- in einem Abstand von 12 Monaten Nachweis der Durchführung von mindestens 150 Linksherzkatheteruntersuchungen innerhalb dieses Zeitraums
- Widerruf der Genehmigung, wenn nach Ablauf von weiteren auf den in Nr. 4.2.1 genannten Zeitraum folgenden 12 Monaten der Nachweis der geforderten Leistungen erneut nicht geführt werden kann
- Erteilung einer erneuten Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Linksherzkatheteruntersuchungen auf Antrag bei Nachweis, dass innerhalb von 6 aufeinanderfolgenden Monaten nach Widerruf der Genehmigung mindestens 50 Linksherzkatheteruntersuchungen unter der Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie befugten Arzt durchgeführt wurden

Nachweis anhand von Zeugnissen gemäß § 9 der Vereinbarung.

Der Arzt hat gegenüber der KV RLP den Nachweis über die geforderten Katheterisierungen zu führen. Die KV RLP kann für den Nachweis die Vorlage der Dokumentationen verlangen. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Katheterisierungen werden auf die nachzuweisende Anzahl von Katheterisierungen angerechnet.

VII. Allgemeines

- Invasive kardiologische Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von invasiven kardiologischen Leistungen nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Nach § 8 Abs. 3 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie dürfen Genehmigungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen nur erteilt werden, wenn der Antragsteller sein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der organisatorischen und apparativen Gegebenheiten durch die Kommission für Invasive Kardiologie erklärt.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender Vertrags-
arzt, MVZ, Institut)

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums, Institut oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.

Datum

Unterschrift/Stempel Krankenhaus

Datum

Unterschrift/Stempel MVZ/Institut

Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Vertragsarztes

Erklärung
zur Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Die invasiven kardiologischen Leistungen werden durchgeführt

- in eigener Praxis
 - in folgendem OP-Zentrum/Krankenhaus
-
-

Folgende Anforderungen werden von mir/der Einrichtung erfüllt:

1. Organisatorische Anforderungen

- Ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operateurs bzw. behandelnden Arztes für den Patienten.
 - Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung).
 - Geregelter Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten.
 - Gewährleistung einer Kooperation für die Weiterbehandlung, wenn der vorbehandelnde Arzt und der Operateur bzw. behandelnde Arzt nicht identisch sind.
 - Gewährleistung einer Kooperation für die Nachbehandlung, wenn der Operateur bzw. behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch sind.
 - Geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.
- Die genannten organisatorischen Anforderungen sind erfüllt.
- Folgende organisatorischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:

(Bitte einzeln auflühren)

2. Hygienische Anforderungen

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren.
 - Sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte.
 - Dokumentationen über Infektionen nach § 23 Abs. 1 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutz-Gesetz, IfSG).
 - Hygieneplan nach § 36 Abs. 1 IfSG.
- Die genannten hygienischen Anforderungen sind erfüllt.
- Folgende hygienischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:

(Bitte einzeln auflühren)

3. Anforderungen Notfälle

- Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle.
 - Regelmäßige Fortbildung des Praxispersonals im Notfall-Management.
 - Vorhalten geeigneter Reanimationsmaßnahmen (entsprechend dem operativem Spektrum).
 - Sicherstellung einer Notfallversorgung.
- Die genannten Anforderungen für Notfälle sind erfüllt.
- Folgende Anforderungen für Notfälle sind **nicht** erfüllt:

(Bitte einzeln auflühren)

4. Anforderungen für kleinere invasive Eingriffe

Räumliche Ausstattung

- Eingriffsraum
- Umkleidemöglichkeit für Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und 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 Ausstattung

- a) Eingriffsraum
- problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumboflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, . Lampen) und Geräteoberflächen, ggf. flüssigkeitsdichter Fußboden
- b) Wascheinrichtung
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

Zusätzlich abhängig von Art und Schwere des Eingriffs und Gesundheitszustand des Patienten:

- c) Instrumentarium und Geräte
- Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
 - Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
 - Ggf. Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)
 - Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- d) Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial
- Notfallmedikamente zu sofortigem 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
- Die genannten Anforderungen für kleinere invasive Eingriffe sind erfüllt.
- Folgende Anforderungen für kleinere invasive Eingriffe sind **nicht** erfüllt:

(Bitte einzeln auflühren)

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender Vertrags-
arzt, MVZ, Institut)

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums, Institut oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.

Datum

Unterschrift/Stempel Krankenhaus

Datum

Unterschrift/Stempel MVZ/Institut

Datum

Unterschrift/Stempel des anstellenden Vertragsarztes