



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung **invasiver kardiologischer Leistungen** gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!

(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</p> <p>(bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes der die Leistungen ausführen soll</p>
<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>	<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>
<p>Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):</p> <p>Telefon:</p> <p>Fax:</p> <p>E-Mail:</p>	

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Beantragte Leistungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Linksherzkatheteruntersuchungen

oder

- Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen

Zur Ausführung und Abrechnung der zuvor genannten Leistungen ist zusätzlich die Genehmigung zum Ambulanten Operieren (Teil B - kleinere invasive Eingriffe) erforderlich.

Fachliche Voraussetzungen

Zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen sind entsprechende Zeugnisse/ Bescheinigungen beigefügt.

Die Anforderungen zu den Inhalten der einzureichenden Zeugnisse/Bescheinigungen sind der Vereinbarung Invasive Kardiologie zu entnehmen.

und zusätzlich

sind 300 Dokumentationen von therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien aus den letzten 3 Jahren vor Antragstellung beigefügt.

Wenn Sie Fragen haben, setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

Fachkunde im Strahlenschutz

Die von der Ärztekammer ausgestellte Fachkundebescheinigung für die beantragten Röntgenleistungen ist beigefügt.

und ggf.

Die Aktualisierung der Fachkundebescheinigung ist beigefügt (dies ist nur erforderlich, wenn die Fachkundebescheinigung älter als 5 Jahre ist).

Organisatorische Voraussetzungen

Durchführung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Es ist gewährleistet, dass bei der Durchführung von **Linksherz-katheteruntersuchungen und therapeutischen Katheterinterventionen** mindestens eine medizinische Fachkraft* im Katheterraum anwesend ist und ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor zur Verfügung steht.

Zur Durchführung der **therapeutischen Katheterinterventionen** wird 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, die schriftlich zu dokumentieren sind, mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen.

Nachbetreuung

Es ist gewährleistet, dass

- die Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung stehen.
- die Betreuung der Patienten nach einer **therapeutischen Katheterintervention** in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor erfolgt, um ggf. unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchführen zu können.
- die Nachbetreuung nach einer **Linksherzkatheteruntersuchung** in der Regel mindestens 4 Stunden beträgt.
- die Nachbetreuung nach einer **therapeutischen Katheterintervention** mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden beträgt.
- mindestens eine medizinische Fachkraft* anwesend ist und ein approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung steht.
- während der Nachbetreuung mindestens eine medizinische Fachkraft* anwesend ist und ein approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung steht.
- bei Komplikationen und Zwischenfällen ein gemäß § 4 qualifizierter Arzt innerhalb von höchstens 30 Minuten dem Patienten zur Verfügung stehen wird.

* Die medizinischen Fachkräfte müssen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie der Betreuung von Patienten nach der Durchführung von Katheterisierungen verfügen.

Apparative Voraussetzungen

Es wird bestätigt, dass die aufgeführten Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit erfüllt werden:

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

Apparative Ausstattung (Röntgen)

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die vom Hersteller/Vertreiber vollständig ausgefüllte(n) und unterschriebene(n) Gewährleistungserklärung(en)

ist/sind dem Antrag beigelegt

wird/werden nachgereicht

liegt/liegen der KV bereits vor

Nachweis der formellen Voraussetzungen nach der Röntgenverordnung (RöV) = Betriebserlaubnis - *nur erforderlich bei eigener Apparatur* -

Die Genehmigung nach § 3 RöV und/oder die Bestätigung der erstatteten Anzeige nach § 4 RöV

ist /sind beigelegt

wird/werden nachgereicht

liegt/liegen der KVWL bereits vor

Soll ein Gerät benutzt werden, für das schon eine Betriebserlaubnis vorliegt und in diesem Zusammenhang ein Strahlenschutzverantwortlicher bereits benannt wurde, besteht die Möglichkeit sich zum Strahlenschutzbeauftragten bestellen zu lassen. Hierüber wird von der Bezirksregierung eine Bestätigung ausgestellt.

Um Probleme bei Übernahme einer Praxis oder beim Eintritt in eine Praxis mit einer Röntgeneinrichtung zu vermeiden, sollte sich der neue Praxisinhaber/-partner vor Vertragsabschluss bei dem Sachverständigen, der die Röntgeneinrichtung zum letzten Mal abgenommen hat oder bei der Bezirksregierung erkundigen, ob die Röntgeneinrichtung die im Genehmigungs-/Anzeigeverfahren gestellten aktuellen Anforderungen erfüllt.

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich jede Veränderung an der Apparatur und Änderungen der behördlichen Genehmigungen unverzüglich mitteilen werde.
- bestätige ich, die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes sowie der Röntgenverordnung, zu beachten.
- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 8 Abs. 3 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.
- verpflichte ich mich, die Dokumentationen nach § 5 Abs. 8 zu erstellen und diese auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vorzulegen.
- erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass die KVWL im Bedarfsfall die bei der ÄKWL vorliegenden Zeugnisse anfordern kann.

**Unterschrift des Arztes, der die
Leistungen durchführen möchte**

Anlage zum Antrag "invasive kardiologische Leistungen"

Angaben zum Leistungsort

Bitte unbedingt ausfüllen, soweit der/die Leistungsort(e) bekannt ist/sind.

1. Die Leistung wird an folgenden Standorten der **Praxis/Gemeinschaftspraxis/ des MVZ/des Krankenhauses** durchgeführt:

(Bitte um Angabe der Adresse und der genauen Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Sollte es sich bei dem Standort um ausgelagerte Praxisräume handeln, bitte die nächste Seite unter 2. ausfüllen.

A.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

B.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

C.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

D.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

und/oder

2. Die Leistung wird in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt
(Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z.B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt
- liegt der KVWL bereits vor (*für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll*)