

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V der Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß GO-Nr. 34291 i.V.m. 01520 und 34292 i.V.m. 01521 EBM.

- Gleichzeitig beantrage ich die Genehmigung zur Durchführung und Untersuchung in der diagnostischen Radiologie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie, soweit es die Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen nach den GO-Nrn. 34291 i.V.m. 01520 und 34292 i.V.m. 01521 EBM betrifft.
- Ich verfüge bereits über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie durch die:
Kassenärztliche Vereinigung _____

Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4

Voraussetzungen:

Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie, bitte Zeugnisse beifügen:

- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie (nicht erforderlich, wenn im Arztregister der KV Sachsen-Anhalt die Schwerpunktbezeichnung eingetragen ist)
- eine 3-jährige kontinuierliche Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung
- selbstständige 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 vor Antragstellung
- selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung

Organisatorische Voraussetzungen

Ich erkläre die Erfüllung folgender Voraussetzungen:

- Anwesenheit einer medizinischen Fachkraft, welche über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie in der Betreuung von Patienten nach Durchführung von Katheterisierungen verfügt (Berufsurkunde und Nachweis über spezifische Kenntnisse habe ich beigefügt) im Katheterraum
- Zur-Verfügung-Stehen eines weiteren approbierten Arztes zur unmittelbaren Hilfestellung
- Nachbetreuung des Patienten in geeigneten Räumlichkeiten in der Regel über mindestens 4 Stunden (Nachweis der Räumlichkeiten habe ich beigefügt), unter Anwesenheit einer medizinischen Fachkraft mit o.g. Fähigkeiten und Zur-Verfügung-Stehen eines approbierten Arztes zur unmittelbaren Hilfestellung
- Während der Nachbetreuung kann dem Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten ein gemäß § 4 der Vereinbarung qualifizierter Arzt zur Verfügung stehen (Nachweis habe ich beigefügt).

Therapeutische Katheterinterventionen

Sofern therapeutischen Katheterinterventionen von mir durchgeführt werden, ist sichergestellt, dass

- ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung im Herzkatheterlabor zur Verfügung steht.
- die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in eine stationäre kardiochirurgische Abteilung transportiert und dort versorgt werden können (bindende schriftliche Vereinbarung hierzu habe ich beigefügt).

und

- die Nachbetreuung des Patienten in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor, in dem unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchgeführt werden kann, mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden erfolgt.

Apparative Voraussetzungen

Im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit stehen mir zur Verfügung:

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

Betreiben der genutzten Röntgenapparatur seit: _____

Dokumentationsmöglichkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- CD-Medical im DICOM-ACC/ESC Standard
- Kinokamera
- Digitaler oder analoger Bildplatte
- CD-Medical, die dem DICOM-ACC/ESC Standard nicht entspricht
- Videoeinrichtung

Dokumentation

Ich verpflichte mich,

- Beteiligte bei der Durchführung der Katheterisierungen,
- Ort und Zeitdauer der Nachbetreuung
- die an der Nachbetreuung Beteiligten,
- auftretende Komplikationen

zu dokumentieren.

Weitere Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt beauftragte Kommission gemäß § 8 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung entspricht.
2. Weiterhin versichere ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt der Qualifikationsvereinbarung zur invasiven Kardiologie und insbesondere die sich für mich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen (z.B. Vorlage von Dokumentationen gemäß § 5 Abs. 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung) zur Kenntnis genommen habe.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der in diesem Antrag, den Anhängen sowie den Anlagen gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.
4. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die diesem Antrag beigefügten Anlagen zum Bestandteil des Antrages.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte