

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen
der interventionellen Radiologie**

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 Durchführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Katheterangiographien – EBM-Nrn. 34283, 34284, 34285 und 34287 – nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie.
- Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Katheterangiographie und therapeutischen Eingriffen – EBM-Nrn. 34283, 34285, 34286 und 34287 – nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

Diagnostische Katheterangiographien:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie
- Nachweise über die selbstständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung.

Diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie
- Nachweise über die selbstständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung. Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Die nachfolgend aufgeführte apparative Ausstattung gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie halte ich vor:

- Pulsoximeter
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Fachspezifisches Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Geräte zum EKG- und Blutdruckmonitoring,
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

Gerät:

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr/ Datum Inbetriebnahme: _____

Folgende Nachweise für die apparative Ausstattung sind beigefügt:

- Genehmigung nach § 3 Abs. 1 der RöV über den Betrieb einer Röntgeneinrichtung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der Röntgenverordnung. (Der Sachverständigenbericht darf nicht älter als 5 Jahre sein).
- Anzeigebestätigung der zuständigen Behörde (Gewerbeaufsichtsamt/ Amt für Versorgung) nach § 4 Abs. 1 RöV oder der Erklärung des Arztes, dass eine Untersagung des Betriebes durch die Behörde innerhalb der Frist nach § 3 Abs. 6 der Röntgenverordnung nicht erfolgt ist.

Standort:

- Das Röntgengerät ist mein Eigentum und am Standort der Hauptbetriebsstätte aufgestellt.
- Das Röntgengerät befindet sich an der Nebenbetriebsstätte:

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

- Die radiologische Einrichtung wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt:

Standort: _____

Eigentümer: _____

- Eine Mitnutzergenehmigung des Eigentümers ist beigefügt.

- Das Röntgengerät befindet sich in einem Krankenhaus:

Standort: _____

Eigentümer: _____

- Eine Mitnutzergenehmigung des Eigentümers ist beigefügt.

Nachweis der räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung

Räumliche Ausstattung:

- Eingriffsraum mit flüssigkeitsdichtem Fußbodenbelag, dessen Raumboflächen sowie von Oberflächen von betrieblichen Einbauten und Geräteoberflächen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können
- Wascheinrichtung mit geeigneter Armatur und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion
- Umkleidemöglichkeit für die Patienten
- Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum
- Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial

Diagnostische Katheterangiographien:

- Ich versichere, dass bei der Durchführung mindestens eine medizinische Fachkraft anwesend ist und eine weitere medizinische Fachkraft unmittelbar zur Verfügung steht. Diese besitzen spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten.
- Ein weiterer Arzt mit Erfahrungen in der Notfallmedizin steht in der Einrichtung zur Verfügung.

Zusatzanforderungen bei therapeutischen Eingriffen:

- Ich versichere, dass ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines chirurgischen Eingriffs die Patienten je nach Art und Schwere des Eingriffs innerhalb von höchstens 2 Stunden in einer stationären Einrichtung zur gefäßchirurgischen Versorgung transportiert und dort versorgt werden können. Zum Nachweis habe ich die schriftlichen Absprachen mit:

beigefügt.

Nachweis der räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Nachbetreuung
--

- Ich verfüge über einen geeigneten Überwachungsraum in räumlicher Nähe zum Eingriffsraum.
- Ich gewährleiste, dass der Patient nach der Durchführung einer diagnostischen Katheterangiographie am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel **4 Stunden** betreut und beobachtet wird.
- Ich gewährleiste, dass der Patient nach Durchführung eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel **6 Stunden** betreut und beobachtet wird.
- Ich versichere, dass während der Nachbetreuung mindestens eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung in der Einrichtung anwesend ist.
- Ein Arzt mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung steht zur unmittelbaren Hilfestellung in der Einrichtung zur Verfügung.
- Ich stelle sicher, dass während der ersten 24 Stunden nach einer diagnostische Katheterangiographie oder eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystems ein Arzt, der im Besitz einer Genehmigung nach § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie ist, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht.
- Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen nach § 9 Abs. 4 hinsichtlich der Einhaltung der Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Abrechnung radiologischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Von den derzeit gültigen Bestimmungen über die Durchführung radiologischer Untersuchungen habe ich Kenntnis genommen. Desgleichen von den Vorschriften über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, spätestens bei Aufnahme meiner vertragsärztlichen Röntgendiagnostik die für meine Röntgeneinrichtung ausgestellte Bescheinigung über die Strahlenschutzprüfung nach § 4 Abs. 1 bzw. Genehmigung nach § 3 der Röntgenverordnung einschl. des Sachverständigen-Prüfberichtes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vorzulegen. Weiterhin ist mir bekannt, dass ich jede Veränderung an der Röntgenapparatur sowie Änderung an der behördlichen Genehmigung (Betriebserlaubnis nach § 4 Abs. 1 bzw. Genehmigung nach § 3 der Röntgenverordnung) unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitzuteilen habe.

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der in Betrieb befindlichen Einrichtung bezüglich der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie durch einen Beauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zur Stichprobenprüfung nach § 136 SGB V.

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