

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 2
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



Interventionelle Radiologie

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V vom 31.08.2010, in der gültigen Fassung

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Qualitätssicherung
Team 2

Tel 069 24741-7300
Fax 069 24741-68832
qs.radiologie@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

_____ _____ _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt/In Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit ²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum

- Serienangiographie (GOP 34283) -----
- Zuschlag zu der Leistung nach der GOP 34283 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße (GOP 34284) -----
- Zuschlag zu der Leistung nach der GOP 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in GOP 34284 genannter Gefäße (GOP 34285) -----
- Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) (GOP 34286) -----
- Zuschlag zu der Leistung nach der GOP 34283 bei Verwendung eines C-Bogens (GOP 34287) -----

Genehmigungsvoraussetzungen Diagnostische Katheterangiographie

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung "Radiologie"-----
- Mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie unter Anleitung -----
- Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Befundung und Dokumentation von 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt, unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre * -----

Genehmigungsvoraussetzungen Diagnostische Katheterangiographie und therapeutische Eingriffe

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung "Radiologie"-----
- Mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik und Therapie unter Anleitung -----
- Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Befundung und Dokumentation von 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 250 kathetergestützt und davon mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen, unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre * -----

** Unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung auf die Genehmigung. Gefäßdarstellungen, Eingriffe und Tätigkeiten, die während der Weiterbildung zum Facharzt absolviert worden sind, werden anerkannt*

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Da die Abrechnung radiologischer Leistungen standortbezogen geprüft wird, sind bei mehreren Standorten (z.B. Zweigpraxis, Belegarztstätigkeit, Amb. OP) für jeden Standort die dort verwendeten Geräte anzugeben.

Standort _____

Bezeichnung des Gerätes
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) _____

Standort _____

Bezeichnung des Gerätes
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) _____

Standort _____

Bezeichnung des Gerätes
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) _____

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

Nachfolgend genannte apparative Ausstattung wird vorgehalten:

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

Folgende räumliche Ausstattung muss vorhanden sein:

- **Eingriffsraum:** Raumbofläche (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen zur problemlosen Reinigung und Desinfektion, flüssigkeitsdichter Fußboden
- **Wascheinrichtung:** Geeignete Armaturen und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion
- **Umkleidemöglichkeit** für das Personal (einschl. Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung) getrennt vom Eingriffsraum
- **Flächen** für Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial
- **Umkleidebereich** für Patienten

Organisatorische Anforderungen:

Bei der Durchführung der Untersuchungen bzw. Eingriffe ist gewährleistet, dass:

- Eine medizinische Fachkraft im Eingriffsraum zur Verfügung steht
- Eine weitere medizinische Fachkraft unmittelbar zur Verfügung steht
- Ein weiterer Arzt mit Erfahrungen in der Notfallmedizin zur Verfügung steht

Bei der Durchführung von therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem ist zusätzlich zu gewährleisten, 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 eine stationäre Einrichtung zur gefäßchirurgischen Versorgung transportiert und dort versorgt werden können
- Schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen

Anforderungen für die Nachbetreuung:

- Es steht ein geeigneter Überwachungsraum für die Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung
- Nach einer diagnostischen Katheterangiographie am Gefäßsystem wird der Patient je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel vier Stunden sowie nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel sechs Stunden betreut und beobachtet
- In der Einrichtung ist eine medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung anwesend und es steht ein Arzt mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung
- Während der ersten 24 Stunden nach einer diagnostischen Katheterangiographie oder einem therapeutischen Eingriff am Gefäßsystem steht ein Arzt mit der Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der interventionellen Radiologie telefonisch für den Patienten zur Verfügung

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung:

- In einem Abstand von 12 Monaten Nachweis der selbständigen Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen, ggf. einschließlich der Nachbetreuung innerhalb dieses Zeitraums

- In einem Abstand von 12 Monaten Nachweis der selbständigen Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 diagnostischen Katheterangiographien oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe, ggf. einschließlich Nachbetreuung, innerhalb dieses Zeitraums

Beizufügende Nachweise

- Zeugnisse -----
- Urkunde der Facharztanerkennung -----
- Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Aktualisierungskurse -----

Angaben über die apparative Ausstattung

- Aktuelle(r) Sachverständigenprüfbericht(e) ist/sind beigelegt -----
- Genehmigung oder Anzeigebestätigung ausgestellt durch das zuständige Regierungspräsidium -----

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Nach § 2 der Vereinbarung zur interventionelle Radiologie ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Interventionellen Radiologie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung, des Zulassungsstatus sowie Änderungen der apparativen Ausstattung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

..... Datum Unterschrift des Antragsstellers ggf. Praxisstempel
----------------	---	-----------------------------

Gilt nur für angestellte Ärzte:

..... Datum Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus) bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes Stempel
----------------	--	------------------