

HAUPTABTEILUNG  
QUALITÄTSSICHERUNG  
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner/in **Sabine Fink / Beatrix Sydon**  
Telefon 0211 / 5970 **8278** / -8035  
Telefax 0211 / 5970 33129  
E-Mail invasive-kardiologie@kvno.de

## Antrag Invasive Kardiologie

**Name:** .....

**LANR:** .....(wenn bereits bekannt)

**Praxisanschrift** (bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

**BSNR:** .....(wenn bereits bekannt)

**Straße:** .....

**PLZ/Ort:** .....

**Telefon:** .....

**Telefax:** .....

**Email** .....

**ggf. abweichende Anschrift des Katheterlabors:**

**NBSNR:** .....(wenn bereits bekannt)

**Straße:** .....

**PLZ/Ort:** .....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

- Ich erkläre, dass ich die mir mit den Antragsunterlagen in Kopie zugestellte Vereinbarung zur invasiven Kardiologie inhaltlich zur Kenntnis genommen habe.

Insbesondere habe ich die in den §§ 4 bis 6 der Vereinbarung beschriebenen Bestimmungen inhaltlich zur Kenntnis genommen. Durch Ankreuzen bestätige ich jeweils deren Einhaltung:

- § 4 Fachliche Befähigung  
 § 5 insbes. Abs. 7 und 8 Organisatorische Voraussetzungen  
 § 6 Apparative Voraussetzungen

Durch meine Unterschrift verpflichte ich mich, die in der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende Versorgung der von mir betreuten Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst sicherzustellen.

Alle sich auf die aufgeführten Anforderungen beziehenden Änderungen werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in meiner Katheterpraxis bzw. in der stationären Einrichtung jederzeit daraufhin überprüft werden können, ob diese den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen (Das Vorliegen dieser Einverständniserklärung ist die unbedingte Voraussetzung für die Erteilung der Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie).

-----  
**Ort/Datum**

-----  
**Unterschrift des Antragstellers/ggf. des  
anstellenden Arztes**

-----  
**Vertragsarztstempel**

-----  
**ggf.  
Unterschrift des angestellten Arztes**

## **Folgende Unterlagen sind dem Antrag "invasive Kardiologie" beizufügen:**

- Zeugnis über die 3-jährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie (§ 4 in Verbindung mit § 9)\*
- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 diagnostischen Katheterisierungen innerhalb der letzten 4 Jahre vor Antragstellung (§ 4 in Verbindung mit § 9)\*
- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 300 therapeutischen Katheterisierungen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung (§ 4 in Verbindung mit § 9)\*
- Dokumentationen (in Form von Katheterprotokollen) zu den 300 selbständig durchgeführten therapeutischen Katheterisierungen (§ 4 in Verbindung mit § 9)\*
- Erklärungen bzgl. der organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 5 (Gerne können Sie hierzu die beigefügten Muster verwenden).
- Erklärung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Bitte die beigefügte Erklärung verwenden).
- Betriebserlaubnis bzw. Anzeigenbestätigung der Bezirksregierung des Durchleuchtungsgerätes
- Aktueller Sachverständigenprüfbericht des Durchleuchtungsgerätes
- Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (**Rö 3.6 – Gefäßsystem des Herzens**) sowie ggf. Bescheinigung(en) über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

\*gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung müssen die vorgenannten Untersuchungen unter Anleitung eines voll zur Weiterbildung ermächtigten Arztes durchgeführt worden sein

## **Wichtiger Hinweis:**

**Die zuständige Qualitätssicherungskommission kann erst nach Vorlage aller Unterlagen eine Empfehlung bezüglich der Genehmigung abgeben.**

# **Erklärung zur invasiven Kardiologie gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren**

Hiermit erkläre ich/wir, dass die allgemeinen Anforderungen sowie die Anforderungen an

- 1. die räumliche Ausstattung**
- 2. die apparativ-technischen Voraussetzungen**
- 3. Wascheinrichtung**
- 4. das Instrumentarium und die Geräte sowie**
- 5. die Arzneimittel**

gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 2 (*Kleinere invasive Eingriffe*) der o.g. Vereinbarung erfüllt werden.

Ein Hygieneplan liegt vor und kann bei Bedarf eingesehen werden.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Qualitätssicherungskommission Ambulantes Operieren der KV Nordrhein bei Bedarf die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten am Ort der Leistungserbringung daraufhin überprüft, ob diese den Bestimmungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift und Stempel  
Antragsteller**

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift und Stempel  
Träger der Einrichtung**

## Erklärung zu § 5 Abs. 1, 2, 5 und 6 der Vereinbarung zur invasiven und interventionellen Kardiologie

Hiermit bestätigen wir, dass ausschließlich **Personal** während der Katheterisierung im Katheterlabor und zur Nachbetreuung eingesetzt wird, dass über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin sowie in der Betreuung von Patienten nach Katheterisierungen verfügt.

Hiermit bestätigen wir, dass für den Fall schwerwiegender Komplikationen **während der Katheterisierung** ein weiterer **approbierter Arzt**, zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend ist.

Darüber hinaus ist gewährleistet, dass bei Komplikationen und Zwischenfällen **während der Nachbetreuung** ein **Arzt** innerhalb von höchstens 30 Minuten zur Verfügung steht.

.....  
**Datum**

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift/Stempel  
Antragsteller**

.....  
**Unterschrift/Stempel des  
Krankenhausträgers**

## **Erklärung zu § 5 Abs. 3 a und 4 der Vereinbarung zur invasiven und interventionellen Kardiologie**

Hiermit bestätige ich, dass ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiochirurgischen Eingriffs die Patienten innerhalb von 30 Minuten in eine stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie transportiert und dort versorgt werden können.

Ich bestätige, dass die Betreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor erfolgt, um ggf. eine erneute Katheterintervention durchführen zu können.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift/Stempel**  
**Antragsteller**

## **Erklärung zu § 5 Abs. 3 b der Vereinbarung zur invasiven und interventionellen Kardiologie**

Hiermit bestätigen wir, dass wir bei einem akut notwendigen kardiochirurgischen Eingriff nach therapeutischen Katheterinterventionen gewährleisten, den Patienten zu übernehmen und entsprechend zu versorgen („Chirurgisches Stand-by“).

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift/Stempel  
Krankenhausträger der kardio-  
chirurgischen Abteilung**