



**Qualitätssicherung**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt  
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner  
Tel.: 069 79502-751 / -754  
Fax: 069 79502-785

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

## Interventionelle Radiologie

### Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung von interventionell radiologischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

#### Allgemeine Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Anschrift (Praxis/MVZ, Klinik/Institut) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Falls eine Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht ausgesprochen wurde:**

**Vertragsärztliche Tätigkeit** beantragt am \_\_\_\_\_

als Ärztin/Arzt für \_\_\_\_\_

Anschrift/Ort der geplanten Tätigkeit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art der vertragsärztlichen Tätigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?**

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

zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

## Leistungsspektrum

EBM-Ziffer 34283	<b>Serienangiographie</b>	<input type="checkbox"/>
EBM-Ziffer 34284	<b>Zuschlag</b> zu der Leistung nach der Nr. 34 283 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße)	<input type="checkbox"/>
EBM-Ziffer 34285	<b>Zuschlag</b> zu der Leistung nach der Nr. 34 283 bei selektiver Darstellung anderer als in Nr. 34 284 genannter Gefäße	<input type="checkbox"/>
EBM-Ziffer 34286	<b>Zuschlag</b> zu der Leistung nach der Nr. 34 283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse)	<input type="checkbox"/>
EBM-Ziffer 34287	<b>Zuschlag</b> zu der Leistung nach der Nr. 34 283 bei Verwendung eines C- Bogens (36 cm)	<input type="checkbox"/>

## FACHLICHE BEFÄHIGUNG GEMÄß § 3

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Radiologie“

Mindestens **einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik oder Therapie** unter Anleitung.

Fachkunde im Strahlenschutz

**Diagnostische Katheterangiographien**

Selbstständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation

- von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen \*
- davon mindestens 250 kathetergestützt \*

**Diagnostische Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffe**

Selbstständige Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durchführung, Befundung und Dokumentation

- von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen \*
- davon mindestens 250 kathetergestützt \*

Die kathetergestützten therapeutischen Eingriffe müssen mindestens 100 das Gefäß erweiternde und mindestens 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten \*

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

## APPARATIVE VORAUSSETZUNGEN GEMÄß § 4 ERFÜLLT ja nein

Fachspezifisches Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumente vorhanden.

Geräte zum EKG- und Blutdruckmonitoring vorhanden.

Pulsxymeter vorhanden.

Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung vorhanden.

Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung vorhanden.

Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung vorhanden.

## RÄUMLICHE UND ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN GEMÄß § 5 ERFÜLLT ja nein

Eingriffsraum: Raumboflächen (zum Beispiel Wandbelag), Oberflächen, von betrieblichen Einbauten(zum Beispiel Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag.

Wascheinrichtung: Geeignete Armaturen und Sanitärkeramik zur zweckentsprechenden und hygienischen Händedesinfektion.

Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum.

Flächen für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten beziehungsweise Verbrauchsmaterial.

Umkleidebereich für Patienten.

### Bei der Durchführung ist zu gewährleisten, dass

**mindestens eine** medizinische Fachkraft im Eingriffsraum anwesend ist und eine weitere medizinische Fachkraft unmittelbar zur Verfügung steht. Die medizinischen Fachkräfte müssen über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Assistenz bei diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem sowie in der Nachbetreuung von Patienten verfügen.

**ein weiterer Arzt** mit Erfahrungen in der Notfallmedizin in der Einrichtung 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 zwei Stunden in eine stationäre Einrichtung zur gefäßchirurgischen Versorgung transportiert und dort versorgt werden können **sowie** schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen.

## RÄUMLICHE UND ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE NACHBETREUUNG GEMÄß § 6 ERFÜLLT

ja  nein 

Für die Nachbetreuung (gegebenenfalls nach den Nummern 01530 und 01531 des EBM) muss ein geeigneter Überwachungsraum in der Einrichtung nach § 5 Abs. 1 zur Verfügung stehen. Für die Nachbetreuung nach der Durchführung eines therapeutischen Eingriffs müssen sich diese darüber hinaus in räumlicher Nähe zu einem Eingriffsraum nach § 5 Abs. 1 befinden, um gegebenenfalls einen erneuten Eingriff durchführen zu können.

### Es ist zu gewährleisten, dass der Patient

**nach der Durchführung einer** diagnostischen Katheterangiographie am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel vier Stunden

**nach der Durchführung eines** therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem je nach Art und Schwere des Eingriffs in der Regel sechs Stunden betreut und beobachtet wird.

### Während der Nachbetreuung müssen mindestens

**eine** medizinische Fachkraft mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung in der Einrichtung anwesend sein **und** ein Arzt mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung zur unmittelbaren Hilfestellung in der Einrichtung zur Verfügung stehen.

Während der ersten 24 Stunden nach einer diagnostischen Katheterangiographie oder eines therapeutischen Eingriffs am Gefäßsystem muss sichergestellt sein, dass ein Arzt, der über eine Genehmigung nach § 2 verfügt, telefonisch für den Patienten zur Verfügung steht.

### Anzeigebestätigung des zuständigen Regierungspräsidiums

(Ärzte die eigenverantwortlich Röntgenstrahlen anwenden, müssen ihre radiologische Tätigkeit anzeigen)

## ANGABEN ÜBER DIE RÖNTGENEINRICHTUNG

Standort Gerät(e): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Eigene Apparatur: \_\_\_\_\_

Apparategemeinschaft mit: \_\_\_\_\_

Apparateformular: \_\_\_\_\_

Strahlenschutzprüfbericht (e) \_\_\_\_\_   
**(Für die von Ihnen genutzten Röntgeneinrichtung(en))**

---

## Erklärung zu Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

Seit dem 1. Oktober 2006 unterliegen die Leistungen der interventionellen Radiologie nach den Ziffer 34283 bis 34287 EBM neben der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie“, zusätzlich auch der „Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V“. In diesem Zusammenhang ist für die Ausführung und Abrechnung der interventionellen Radiologie eine Erklärung über die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Vereinbarung erforderlich.

- Die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ ist diesem Antrag ausgefüllt beigelegt.
- Ich verfüge bereits über eine (Alt-)Genehmigung zum Ambulanten Operieren bzw. habe bereits eine Erklärung nach § 115 b SGB V gegenüber der KV Hessen abgegeben.  
In diesem Fall muss die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ nicht erneut ausgefüllt werden.

**Hinweis:** Die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ steht Ihnen auf der Homepage der KV Hessen ([www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)) in der Rubrik „Mitglieder“ unter den Punkten „Qualität & Genehmigungen“, „Qualitätssicherung & Genehmigungspflicht“ und „Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V“ zur Verfügung.

---

### Hinweis

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, 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.

### Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

ggf. Vertragsarztstempel