

Antrag
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der
MR-Angiographie gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §
135 Abs. 2 SGB V
(Qualitätssicherungsvereinbarung MR-Angiographie)

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im **MVZ**

angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Fachliche Qualifikationsvoraussetzungen

- Facharzturkunde Radiologie
- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von **150 MR-Angiographien** unter Anleitung **innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung**. Von den nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mindestens 20 Prozent mit der Time-of-Flight (TOF)-, der Phasenkontrast- (PC-) und der kontrastmittelverstärkten (CE-) Technik erstellt worden sein.
- Zeugnis über eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung.

Bitte fügen Sie die entsprechenden Urkunden, Zeugnisse, Bescheinigungen und Weiterbildungsnachweise diesem Antrag bei.

Apparative Voraussetzungen

- Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung füge ich einen Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, bei.
- Der Kerspintomograph ist mein Eigentum und steht in meiner Praxis.
- Der Kerspintomograph ist mein Eigentum und befindet sich in meinem **ausgelagerten Praxisteil**.

Standort der Auslagerung: _____

- Da sich das von mir genutzte Gerät nicht an meinem Praxissitz befindet, beantrage ich die Nutzung an einem ausgelagerten Praxisteil.

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

- Der Kerspintomograph wird in **Apparategemeinschaft** mit der **Praxis**

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

- Der Kerspintomograph wird in **Apparategemeinschaft** mit dem **Krankenhaus**:

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Organisatorische Voraussetzungen

- Hiermit bestätige ich, dass gewährleistet ist, dass der Patient nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik mindestens 20 Minuten nach Kontrastmittelgabe beobachtet werden kann.
- Hiermit bestätige ich, dass gewährleistet ist, dass sofern Leistungen der MR-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße) ausgeführt und abgerechnet werden, diese Aufnahmen mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe durchgeführt werden.

- Hiermit erkläre ich, dass für die Befundung die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen werden.
- Hiermit erkläre ich, dass die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbesondere Maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation gewährleistet ist.
- Hiermit erkläre ich, eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen zu archivieren.

Dokumentationsverpflichtung

- Mir ist bekannt, dass ich dazu verpflichtet bin, unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht, die Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie zu dokumentieren.
- Mir ist bekannt, dass die Dokumentation mindestens folgende Angaben beinhalten muss:
 1. Beschwerden des Patienten und Befunde,
 2. medizinische Fragestellung und daraus abgeleitete Indikation zur MR-Angiographie im Hinblick auf die erwartete diagnostische Information und / oder das therapeutische Vorgehen,
 3. Ergebnisse von Voruntersuchungen, die im Zusammenhang mit der vorliegenden medizinischen Fragestellung durchgeführt worden ist; auch anamnestische Angaben zu Voruntersuchungen,
 4. Messbedingungen, Messparameter (insbesondere verwendete Technik, Angaben zur Ortsauflösung [Voxelgröße]), verabreichte Medikamente, Art und Menge des Kontrastmittels, verwendete Technik zur Bolustriggerung,
 5. Beschreibung der Bildinhalte,
 6. Befund und Beurteilung, ggf. unter Einbeziehung relevanter Vorbefunde / Bilddokumentationen,
 7. falls notwendig, Hinweise auf das weitere diagnostische und / oder therapeutische Vorgehen.
- Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg jährlich von mind. 20 Prozent der Ärzte, die Leistungen der MR-Angiographie erbracht und abgerechnet haben, 12 Dokumentationen auf die o. g. Angaben überprüft.

Apparative Notfallausrüstung

Ich erkläre, dass nachfolgend aufgeführte apparative Voraussetzungen an dem o. g. Praxisstandort vorhanden sind:

- Frischluftbeatmungsgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständige Kernspintomographie - Kommission der KV Bremen gemäß § 8 (4) die apparativen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung zur MR-Angiographie entsprechen.

Apparative Voraussetzungen

- Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung füge ich einen Gerätenachweis, **ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma** mit den erforderlichen technischen Angaben, bei.
- Der Kernspintomograph ist mein Eigentum und steht in meiner Praxis.
- Der Kernspintomograph ist mein Eigentum und befindet sich in meinem **ausgelagerten Praxisteil**.

Standort der Auslagerung: _____

- Da sich das von mir genutzte Gerät nicht an meinem Praxissitz befindet, beantrage ich die Nutzung an einem ausgelagerten Praxisteil.

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

- Der Kerspintomograph wird in **Apparategemeinschaft** mit der **Praxis**

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

- Der Kerspintomograph wird in **Apparategemeinschaft** mit dem **Krankenhaus**:

_____ genutzt

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes: _____

Erklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich

1. für die Durchführung der Röntgendiagnostik eine entsprechende Haftpflichtversicherung abschließen werde.
2. jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung), sowie Änderungen der Bauartzulassung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg schriftlich anzeigen werde.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Bremen die zuständige Sachverständigen - Kommission beauftragen kann, meine im Betrieb befindliche Einrichtung darauf zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß dieser Vereinbarung entspricht.

Bitte beachten Sie, dass die Ausführung und Abrechnung der Leistungen der MR-Angiographie erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen zulässig ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw. anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes