

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-221
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der MR-Angiographie

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie (QS-Vereinbarung zur MR-Angiographie)

Antragsteller _____ Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	Leistungserbringer _____ sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt
--	---

Betriebsstättennummer (BSNR) _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer) <input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG _____ Name des Krankenhauses										

Grund der Antragstellung <input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum _____ Datum	_____ Sitzungsdatum, sofern bekannt
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom _____	_____ Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistung

- GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 EBM - MR-Angiographien
- MR-Angiographien ohne Leistungen nach der GOP 34489 (Becken-Bein-Angiographien)

Leistungsort

- Betriebsstätte 1

Adresse

- Betriebsstätte 2

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Bei mehreren vorhandenen Nebenbetriebsstätten bzw. Geräten an weiteren Standorten (z. B. üBAG) bitte eine Auflistung der Standorte sowie Geräte beifügen.

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparatgemeinschaft
- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt
- Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft ist beigefügt

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Bei mehreren vorhandenen ausgelagerten Praxisräumen oder Apparatgemeinschaften bitte eine Auflistung der Standorte sowie Geräte beifügen.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 3 i. V. m. § 8 Abs. 2 QS-Vereinbarung

- Facharzturkunde für Diagnostische Radiologie, Radiologische Diagnostik oder Radiologie
- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung und Dokumentation von mindestens 150 MR-Angiographien unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung.
- davon insgesamt 75 Angiographien der Hirn- und Halsgefäße

Es können in Einzelfällen auch Angiographien ohne Anleitung anerkannt werden, die im Rahmen einer Facharztstätigkeit im Krankenhaus oder bei bereits erteilter Genehmigung erbracht wurden. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der Time-of-Flight (TOF)-, und/oder Phasenkontrast-(PC-) und mindestens zu 20% mit der kontrastmittelverstärkten (CE-) Technik erstellt worden sein.

- Nachweis (Zeugnis) einer mindestens 24monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes. Auf diese Tätigkeit kann eine 12monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes angerechnet werden.

Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Gebiet „Radiologie“ befugt ist. Ist der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllen. Zeugnisse müssen mindestens die Angaben nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 QS-Vereinbarung MR-Angiographie beinhalten.

Apparative Nachweise gemäß § 4 i. V. m. Anlage I QS-Vereinbarung

Leistungen der MR-Angiographie dürfen nur mit solchen Geräten durchgeführt werden, welche den in der Anlage I QS-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen entsprechen.

Folgende Notfallausrüstung wird vorgehalten:

- Frischluftbeatmungsgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage

- Gerätenachweis, ausgefüllt vom Gerätehersteller, wurde für jedes Gerät beigefügt.
Bitte Formular „Gerätenachweis“ verwenden.
- Bestätigung über Apparategemeinschaft/en mit konkreten Nutzungszeiten wurde beigefügt.
Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Organisatorische Voraussetzungen, Befundung u. Bildnachbearbeitung gemäß § 5 QS-Vereinbarung**
Es wird gewährleistet, dass der Patient nach einer MR-Angiographie mit Kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den zeitlichen Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann.
Zur Befundung sind die Original-Schnittbilder (Quellbilder) heranzuziehen. Die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbesondere maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation ist obligat. Eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen werden archiviert.
- **Dokumentation gemäß § 6 QS-Vereinbarung**
Bei der Durchführung von MR-Angiographien müssen die Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie dokumentiert werden. Die Dokumentation muss mindestens die gem. § 6 QS-Vereinbarung geforderten Angaben enthalten.

Jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung) sowie Änderungen der Bauartzulassung ist unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin schriftlich anzuzeigen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und QS-Vereinbarung MR-Angiographie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der MR-Angio-Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 8 QS-Vereinbarung MR-Angiographie.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)