

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-Team4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Kernspintomographie

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (QS-Vereinbarung Kernspintomographie)

<p>Antragsteller</p> <p>_____</p> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <p>_____</p> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
--	--

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

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- GOP 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452 EBM
Allgemeine kernspintomographische Untersuchungen
- GOP 34431 EBM - Kernspintomographie der Mamma

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 § 4 i. V. m. § 8 Absatz 1 QS-Vereinbarung

Allgemeine Kernspintomographie

- Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin
- 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.
- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung folgender Anzahl von kernspintomographischen Untersuchungen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes:

Facharzt für Diagnostische Radiologie oder Radiologie (aktuelle Fassung WBO)

- mindestens 1000 kernspintomographische Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)

Fachärzte für Radiologische Diagnostik oder Radiologie (ältere Fassung WBO) müssen ihre fachliche Befähigung zusätzlich in einem Kolloquium nachweisen.

Facharzt für Kinderradiologie

- 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks

Facharzt für Neuroradiologie

- 1000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals

Facharzt für Nuklearmedizin

- 500 Untersuchungen
- Fachkunde MRT in der Nuklearmedizin nach der Weiterbildungsordnung
- Erfolgreiche Teilnahme an einer Prüfung vor der Ärztekammer

Insofern keine Prüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung vor der Ärztekammer abgelegt wurde, ist zusätzlich die Teilnahme an einem Kolloquium vor der KV Berlin erforderlich.

Kernspintomographie der Mamma

- Erfüllung der unter *Allgemeine Kernspintomographie* genannten Voraussetzungen im Gebiet Diagnostische Radiologie bzw. Radiologie
- Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgenmammographie und Mammasonographie gemäß den Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V
- Selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden. Die Untersuchungen haben unter der Anleitung eines Arztes nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 stattzufinden. Gemäß § 10 – Übergangsregelung werden Kernspintomographien der Mamma, welche von Vertragsärzten vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung selbständig erbracht wurden und dem Inhalt der Leistungen nach der EBM-Nr. 34431 entsprechen, bei geeignetem Nachweis auf die geforderte Anzahl von Kernspintomographien unter Anleitung angerechnet.

Apparative Nachweise gemäß § 5 i. V. m. Anlage I QS-Vereinbarung

Kernspintomographische Untersuchungen dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur mit solchen Geräten durchgeführt werden, welche die in der Anlage I aufgeführten Anforderungen erfüllen.

- Gerätenachweis, ausgefüllt vom Gerätehersteller, ist beigelegt
Bitte Formular „Gerätenachweis“ verwenden.
- Bestätigung über eine Apparategemeinschaft mit konkreten Nutzungszeiten ist beigelegt
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

- **Erfüllung der Auflage gemäß § 4a Absatz 2 QS-Vereinbarung (Kernspintomographie der Mamma)**
- **Dokumentation von Maßnahmen zur histologischen/zytologischen Abklärung gemäß § 4a Absatz 3 QS-Vereinbarung (Kernspintomographie der Mamma)**

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 Kernspintomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV 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 Kernspintomographie. 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 Kernspintomographie-Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 6 QS-Vereinbarung Kernspintomographie.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)