

MR-Angio-Antrag

Qualitätsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an oben genannte E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
- ☐ Angestellter Arzt

II. Untersuchungsumfang – Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Ich beantrage folgende kernspintomographische Leistungen in der

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

EBM GOP

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> GOP 34470 EBM | MRT-Angiographie der Hirngefäße |
| <input type="checkbox"/> GOP 34475 EBM | MRT-Angiographie der Halsgefäße |
| <input type="checkbox"/> GOP 34480 EBM | MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste |
| <input type="checkbox"/> GOP 34485 EBM | MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung |
| <input type="checkbox"/> GOP 34486 EBM | MRT-Angiographie von Venen |
| <input type="checkbox"/> GOP 34489 EBM | MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße) |
| <input type="checkbox"/> GOP 34490 EBM | MRT-Angiographie der Arterien und armversorgenden Arterien und einschließlich/oder Cimino-Shunt (ohne Handgefäße) |
| <input type="checkbox"/> GOP 34492 EBM | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34470 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbring(en) |

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Kernspintomographien wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

☐ ja (bitte Bescheid beifügen) ☐ nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

☐ ja ☐ nein

Voraussetzungen zur Leistungserbringung:

☐ Ich bin zum Führen der Facharztbezeichnung „Radiologie“ berechtigt

und

☐ erbringe den Nachweis von selbständiger Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) unter Anleitung eines Arztes, der zur Weiterbildung befugt ist, innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragsstellung. Ausnahmsweise können Angiographien auch 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 der Phasenkontrast- (PC-) und zu mindestens 20% mit der kontrastmittelverstärkten- (CE-) Technik erstellt worden sein

und

☐ erbringe den Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung eines Arztes der zur Weiterbildung befugt ist. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen

IV. Apparative Voraussetzungen

☐ Die Geräte erfüllen die in der MR-Angiographie-Vereinbarung, Anlage 1, aufgeführten Anforderungen

☐ Zur Behandlung von Notfällen wird folgende Notfallausstattung vorgehalten (Mindestanforderung an geeignete Ausrüstung):

☐ Frischluftbeatmungsgerät

☐ Absaugvorrichtung

☐ Sauerstoffversorgung

☐ Rufanlage

☐ Jede wesentliche Änderung der apparativen Ausstattung ist der KV Bremen unverzüglich anzuzeigen.

☐ Die Angaben zur apparativen Ausstattung sind mittels einer Gewährleistungsgarantie durch den Hersteller/Lieferanten auszufüllen und durch Unterschrift und Stemple zu bestätigen (s. Anlage). Sofern bereits gemeldete(s) Untersuchungsgerät(e) eingesetzt wird/werden sind die Geräte und der derzeitige Betreiber anzugeben.

Betreiber	
Standort	
Gerätebezeichnung	

Betreiber	
Standort	
Gerätebezeichnung	

V. Organisatorische Voraussetzungen

- Es ist gewährleistet, dass der Patient nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann.
- Die erstellten Original-Schnittbilder (Querschnitte) sind zur Befundung heranzuziehen.
- Die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbesondere maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation ist obligat.
- Eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen ist zu archivieren.

VI. Allgemeines

- Nach Abschnitt D § 8 setzt die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von MR-Angiographien das Einverständnis des Antragsstellers zur Durchführung einer Überprüfung der apparativen und organisatorischen Gegebenheiten durch die Qualitätssicherungs-Kommission Radiologie voraus.

Ich/Wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**