

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg



**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der MR-Angiographien im Rahmen der ASV – gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.  
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.  
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

**Die Anzeige erfolgt für:**

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja       nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

---

---

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- MR-Angiographien (GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486,34489, 34490, 34492 EBM)

## Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

- Ich bin Facharzt für Radiologie

### Nachweise

- Facharzturkunde
- Zeugnisse über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeige der fachlichen Befähigung. 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.
- Zeugnisse über eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für das Fachgebiet Radiologie weiterbildungsbefugt ist. Ist der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllen.

## Organisatorische Anforderungen

### Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- Der Patient kann nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden.
- Für die Befundung werden die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen.
- Die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbesondere Maximale Intensitäts Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation ist gewährleistet.
- Es wird eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen archiviert.

Zusätzlich bei der Durchführung von MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik

- Die Möglichkeit zur (Kontrastmittel-)Bolustriggerung (mittels Bolustiming oder Bolustracking) ist gegeben.
- Die Verwendung eines Injektors zur automatisierten und reproduzierbaren Gabe von Kontrastmittel sowie unmittelbar im Anschluss zu applizierender Spüllösung ist gewährleistet.
- Sofern Leistungen der MR-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße) ausgeführt und abgerechnet werden, ist gewährleistet, dass diese Aufnahmen mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe durchgeführt werden.

## Dokumentationspflicht

Mir ist bekannt, dass ich dazu verpflichtet bin, unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht, die Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie zu dokumentieren.

Die Dokumentation muss mindestens folgende Angaben beinhalten:

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 sind; 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, gegebenenfalls unter Einbeziehung relevanter Vorbefunde/ Bilddokumentationen,
7. falls notwendig, Hinweise auf das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen.

## Apparative Notfallausrüstung

Ich erkläre hiermit, dass nachfolgend aufgeführte apparative Notfallausrüstung an dem oben genannten Tätigkeitsort vorhanden ist:

- Frischluftbeatmungsgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage.

## Apparative Ausstattung – für Vertragsärzte

### Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

- Das Gerät ist der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Einen Gerätenachweis füge ich dieser Anzeige bei (Seite 5).

## **Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte**

Einen Gerätenachweis füge ich dieser Anzeige bei (Seite 5).

## **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie  
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teammitglied

# Gerätenachweis

(Nur vom Hersteller auszufüllen)

## Angaben über die Kernspintomographie-Einrichtung

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung oder Typ: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Hersteller/Vertreiber: \_\_\_\_\_

Die Anlage wurde/wird am \_\_\_\_\_ installiert.

Doppel-Mammaspule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der „Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie der KBV vom 10.02.1993, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.**

Möglichkeit der Anwendung mittels TOF-, PC- und CE-Technik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Anlage I der Vereinbarung zur Durchführung von MR-Angiographien der KBV vom 01.10.2007, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.**

**Der Hersteller übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Hersteller/Vertreibers)