

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

Arzt-/Krankenhausstempel

Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der MR-Angiographien im Rahmen der ASV – Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven. 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

Ich bin Facharzt für

- Radiologie
- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie

Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Zeugnisse über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Anzeige der fachlichen Befähigung. 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.
- Zeugnisse über eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.
- 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 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie erfüllen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

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.

Apparative Anforderungen

- ❑ Die apparativen Anforderungen gemäß Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie sind gegeben.
- ❑ Zusätzlich sind bei der Durchführung von MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik folgende Anforderungen erfüllt:
 - ➔ 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) aus geführt 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:
 - ➔ Beschwerden des Patienten und Befunde,
 - ➔ medizinische Fragestellung und daraus abgeleitete Indikation zur MR-Angiographie im Hinblick auf die erwartete diagnostische Information und/oder das therapeutische Vorgehen,
 - ➔ Ergebnisse von Voruntersuchungen, die im Zusammenhang mit der vorliegenden medizinischen Fragestellung durchgeführt worden sind; auch anamnestische Angaben zu Voruntersuchungen,
 - ➔ Messbedingungen, Messparameter (insbesondere verwendete Technik, Angaben zur Ortsauflösung [Voxelgröße]), verabreichte Medikamente, Art und Menge des Kontrastmittels, verwendete Technik zur Bolustriggerung,
 - ➔ Beschreibung der Bildinhalte,
 - ➔ Befund und Beurteilung, gegebenenfalls unter Einbeziehung relevanter Vorbefunde/ Bildokumentationen,
 - ➔ falls notwendig, Hinweise auf das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen.

Apparative Ausstattung

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 (siehe Seite 5).

Das Gerät wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern unterschrieben bei.

Das Gerät ist Eigentum von : _____

Hinweis: Sofern mehrere Geräte genutzt werden, legen Sie bitte eine separate Auflistung bei.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie,
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL,
jeweils in der aktuell gültigen Fassung

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 ja 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.

geltenden Fassung, erfüllt.

Möglichkeit der Anwendung mittels TOF-, PC- und CE-Technik ja 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 01.07.2007, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.

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

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers