

Arztstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographie

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Radiologie

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen:

- ➔ Facharzturkunde Radiologie
- ➔ Zeugnis 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 Antragstellung. 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.
- ➔ Zeugnis über eine mindestens 24-monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der in vollem Umfang für die Weiterbildung im Gebiet der "Radiologie" befugt ist.

Zeugnisdatum

Name des anleitenden Arztes

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag 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.
- 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:

- 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 Kontrastmittel verwendete Technik zur Bolustriggerung.
- Beschreibung der Bildinhalte.
- Befund und Beurteilung, ggf. unter Einbeziehung relevanter Vorbefunde/ Bilddokumentationen,
- falls notwendig, Hinweise auf das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen.

Apparative Notfallausrüstung

Ich bestätige, dass nachfolgend aufgeführte Ausstattungen zur Behandlung von Notfällen an dem oben vor genannten Praxisstandort vorhanden sind:

- Frischluftgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von MR-Angiographien wird folgende Apparatur verwendet:

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet, der / die vom Hersteller / Vertreiber ausgefüllte Gerätenachweis/e liegt / liegen diesem Antrag bei.
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparatgemeinschaft** genutzt. Das Formular "Apparatgemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät / die Geräte sind Eigentum von _____

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die apparativen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen zur MR-Angiographie.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel