Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg
Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag auf Genehmigung: MR-Angiographie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Name, Vorname: _____
(Name des Arztes[1], der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____ **oder** Eintragungsnummer der KVSH: _____
(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Alle Änderungen der organisatorischen bzw. apparativen Voraussetzungen sind der KVSH anzuzeigen.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

☐ Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

☐ Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen".

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

☐ alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen*

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Radiologie". -bitte beifügen-
- Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahren vor Antragstellung. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der Time-of-Flight (TOF-),

[1] Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt"), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

und/oder der Phasenkontrast- (PC-) und zu mindestens 20% mit der kontrastmittelverstärkten (CE-)Technik erstellt worden sein. -bitte Zeugnis nach § 8 Abs. (2) der Vereinbarung zur MR-Angiographie beifügen-

- Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen 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. -bitte beifügen-

Apparative Voraussetzungen

☐ Die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Anlage I der Vereinbarung zur MR-Angiographie nach § 135 Abs. 2 SGB V werden erfüllt -bitte beifügen-

Wird eine geeignete Notfallausrüstung mit nachfolgender Ausstattung vorgehalten?

☐ Frischluftbeatmungsgerät ☐ Sauerstoffversorgung

☐ Absaugvorrichtung ☐ Rufanlage

Organisatorische Voraussetzungen/Befundung und Bildnachbearbeitung

Bei der Durchführung ist gewährleistet, dass

☐ der Patient nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet wird.

☐ zur Befundung die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen werden können.

☐ geeignete Rekonstruktionen (insbesondere maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) erstellt werden können.

☐ eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen archiviert werden können.

Dokumentation

☐ Die Dokumentation nach § 6 der Vereinbarung wird sichergestellt. Mir ist bekannt, dass diese von der KVSH im Rahmen der Qualitätssicherung angefordert werden.

Zustimmung

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die beauftragte Kommission ggf. eine Überprüfung der organisatorischen und apparativen Voraussetzungen vor Ort vornehmen kann.

Unterschrift(en)

Datum ggf. Praxisstempel Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person