



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 221, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der Kernspintomographie

gemäß § 135 Abs. 2 SGB V „Kernspintomographie-Vereinbarung vom 10.02.1993 in der Fassung
vom 01. Januar 2015“

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung

1.1 Allgemeine Kernspintomographie
(gemäß § 4 der o.g. Vereinbarung)

a) Diagnostische Radiologie bzw. Radiologie nach der neuen WBO

Nachweis:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Diagnostische Radiologie“ bzw. Radiologie nach der neuen WBO
UND
- 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes

ODER

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Radiologie“ nach der alten WBO oder „Radiologische Diagnostik“
UND
- Nachweis einer mindestens 24monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes. Auf diese Tätigkeit kann eine 12monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes angerechnet werden
UND
- 1000 Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane)
UND
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der KV

b) Kinderradiologie

Nachweis:

- Anforderungen nach a)
UND
- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kinderradiologie“
UND
- 200 Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks

c) Neuroradiologie

Nachweis:

- Anforderungen nach a)
UND
- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Neuroradiologie“
UND
- 1000 Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals



d) **Nuklearmedizin**

Nachweis:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Nuklearmedizin“
UND
- Fachkunde MRT in der Nuklearmedizin nach der Weiterbildungsordnung
UND
- Nachweis einer mindestens 24monatigen ganzjährigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine 12monatige ganzjährige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes angerechnet werden.
UND
- 500 Untersuchungen
UND
- Erfolgreiche Teilnahme an einer Prüfung vor der Ärztekammer
ODER
Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der KV

1.2 **Magnetresonanz-gesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung**
(gemäß Kapitel 34.4.6. EBM-Nr. 34460)

1.3 **Kernspintomographie der Mamma**
(gemäß § 4a der o.g. Vereinbarung)

Nachweis:

- Erfüllung der in § 4 festgelegten Voraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie im Gebiet „Diagnostische Radiologie“ bzw. Radiologie nach neuer WBO
UND
- Erfüllung der fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgenmammographie und Mammasonographie gemäß den Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie zur Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
UND
- Selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50% histologisch gesicherten Befunden. Die Untersuchungen haben unter der Anleitung eines Arztes nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 stattzufinden.
Gemäß § 10 – Übergangsregelung werden Kernspintomographien der Mamma, welche von Vertragsärzten vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung selbständig erbracht wurden und dem Inhalt der Leistungen nach der EBM-Nr. 34431 entsprechen, bei geeignetem Nachweis auf die geforderte Anzahl von Kernspintomographien unter Anleitung angerechnet.



UND

- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

2. FACHKUNDE-NACHWEISE

Als Nachweise zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen füge ich entsprechend § 8 der Kernspintomographie-Vereinbarung folgende Unterlagen bei:

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung
- Zeugnisse (Originale oder beglaubigte Abschriften/Fotokopien) über meine kernspintomographische Weiterbildung, (mit Angabe der ANZAHL der Untersuchungen)
- Zeugnisse (Originale oder beglaubigte Abschriften/Fotokopien) über meine computertomographische Weiterbildung (mit Angabe der ANZAHL der Untersuchungen)
- Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen der allgemeinen Kernspintomographie zu erbringen?
 Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.) Nein
- Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen der Kernspintomographie der Mamma zu erbringen?
 Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.) Nein

3. KERNSPINTOMOGRAPHISCHE EINRICHTUNG

3.1 ART DER EINRICHTUNG

Folgende Einrichtung zur MRT-Diagnostik ist vorhanden bzw. geplant:

- Gerätetyp:
- Hersteller:
- Baujahr:

3.2 TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN

Der obligatorische vom Lieferanten/Hersteller ausgefüllte GERÄTENACHWEIS:

- ist beigefügt
- wird nachgereicht

Anmerkung: Die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik zu stellenden Anforderungen an eine „ausreichende apparative Ausstattung“ (*Mindestanforderungen*) ergeben sich aus der Anlage 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung.



3.3 Standorte

3.3.1 Die kernspintomographische Einrichtung ist mein Eigentum und am Standort der Hauptbetriebsstätte aufgestellt:

3.3.2 Die kernspintomographische Einrichtung befindet sich an den Nebenbetriebsstätten:

1.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
2.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
3.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
4.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										

3.3.3 Die kernspintomographische Einrichtung wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt:
Standort:
Eigentümer:

Eine entsprechende Mitnutzungsbestätigung des Geräteeigentümers (einschließlich Angabe zu den Nutzungszeiten) liegt bei.

3.3.4 Es liegt ein Wechsel des Gerätestandortes vor.
(bisherige/r Standort/e wird/werden nicht mehr genutzt.)

3.3.5 Es handelt sich um einen zusätzlichen Standort.
(bisherige/r Standort/e wird/werden weiter genutzt.)



4. ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

- 4.1 Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von kernspintomographischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung **erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig** (gemäß § 2 der Vereinbarung) ist.
- 4.2 Ich bestätige hiermit, dass jede Änderung der kernspintomographischen Einrichtung der KV Berlin unverzüglich mitgeteilt wird (gemäß § 6 Abs. 3 der Vereinbarung).
- 4.3 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KV Berlin die im Betrieb befindliche kernspintomographische Einrichtung auf Übereinstimmung mit der Kernspintomographie-Vereinbarung überprüfen kann (gemäß § 6 Abs. 4 der Vereinbarung).
- 4.4 Bei der Erteilung einer Genehmigung von Leistungen der Kernspintomographie der Mamma erkläre ich mich mit der zusätzlichen Auflage zur fachlichen Befähigung (gemäß § 4a Abs. 2 der Vereinbarung) einverstanden.
- 4.5 Bei der Erteilung einer Genehmigung von Leistungen der Kernspintomographie der Mamma verpflichte ich mich hiermit,
- zur Dokumentation von Maßnahmen zur histologischen/zytologischen Abklärung, die aufgrund der Ergebnisse der kernspintomographischen Untersuchung der Mamma veranlasst werden
 - die Ergebnisse der histologischen/zytologischen Untersuchung, welche der Arzt, der die histologische/zytologische Abklärung durchgeführt und übermittelt hat, meiner vorgenommenen prospektiven Diagnostik zuzuordnen.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zur Antragsbearbeitung:

Unvollständig ausgefüllte Antragsformulare, fehlende Nachweise sowie Verweise auf bereits vorliegende Unterlagen verzögern das Bearbeitungsverfahren.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung

Anlagen

- Nachweise Weiterbildung
- Gerätenachweis