



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

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

Praxisstempel

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der MR-Angiographie

**gemäß der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie vom  
01.10.2007 in der Fassung vom 01.10.2015**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(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

MR-Angiographien (EBM-Nrn.: 34470 – 34492)

MR-Angiographien ohne Leistungen nach der GOP 34489  
(Becken-Bein-Angiographien)

1. **Fachliche Befähigung gemäß § 3 der vg. Vereinbarung**

Es werden nachstehende Voraussetzungen erfüllt:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Diagnostische Radiologie“ bzw. „Radiologie“ nach der WBO von 2004
- Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation **von mindestens 150 MR-Angiographien** (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) **unter Anleitung** eines zur Weiterbildung befugten Arztes **innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung**. Es können in Einzelfällen auch Angiographien ohne Anleitung anerkannt werden, die im Rahmen einer Facharztstätigkeit im Krankenhaus oder bei bereits erteilter Genehmigung erbracht wurden. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der Time-of-Flight (TOF)-, **und/oder** Phasenkontrast (PC)- und **mindestens zu 20 %** mit der kontrastmittelverstärkten (**CE-**) Technik erstellt worden sein.
- Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu 12-monatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes angerechnet werden.

**Hinweis:**

Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in dem Gebiet „Radiologie“ befugt ist. Ist der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllen.

2. **FACHKUNDE-NACHWEISE**

Als Nachweis zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen füge ich folgende Unterlagen bei:

Facharzturkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Diagnostische Radiologie“ oder „Radiologie“ nach der WBO von 2004

Die Einverständniserklärung für das Einholen von Informationen über die maßgebliche Weiterbildungsordnung bei der zuständigen Landesärztekammer ist beigefügt.

Originale oder beglaubigte Abschriften/Fotokopien über die von mir durchgeführten MR-Angiographien in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung (mit Angabe der Anzahl der Untersuchungen von MR-Angiographien einschl. der Differenzierung der angewandten Techniken)



Zeugnisse, welche i.d.R. von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind, müssen mindestens folgende Angaben gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 8 Abs. 2 der MR-Angiographie-Vereinbarung in der Fassung vom 01.10.2015 beinhalten:

- a) Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand,
- b) Zahl der durchgeführten MR-Angiographien
- c) Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von MR-Angiographien.

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen in der MR-Angiographie zu erbringen?

Ja (Kopie des Bescheides ist beigelegt)  Nein

### 3. § 4 - Apparative Voraussetzungen

Folgende Notfallausrüstung ist obligat vorzuhalten:

1. Frischluftbeatmungsgerät
2. Absaugvorrichtung
3. Sauerstoffversorgung
4. Rufanlage

### 4. § 5 - Organisatorische Voraussetzungen, Befundung u. Bildnachbearbeitung

**Ich gewährleiste, dass**

die Patienten nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den zeitlichen Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden können sowie

ich zur Befundung die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) heranziehe. Die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbes. maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation ist obligat. Eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen werden archiviert.

### 5. § 6 - Dokumentation

**Bei der Durchführung von MR-Angiographien verpflichte ich mich, die**

Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie zu dokumentieren. Die Dokumentation muss mindestens die gem. § 6 geforderten Angaben enthalten.



**6. KERNSPINTOMOGRAPHISCHE EINRICHTUNG**

**6.1 ART DER EINRICHTUNG**

Folgende Einrichtung zur MR-Angiographie-Diagnostik ist vorhanden bzw. geplant:

- Gerätetyp: .....
- Hersteller: .....
- Baujahr: .....
- Datum der Inbetriebnahme:.....

Hinweis: Sofern weitere Geräte genutzt werden sollen, sind ergänzende Angaben auf einem separaten Bogen erforderlich.

**6.2 TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN**

Der vom Hersteller ausgefüllte GERÄTENACHWEIS:

- ist beigelegt
- 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.

Sofern Leistungen nach der EBM-Ziffer 34489 ausgeführt und abgerechnet werden sollen, muss gewährleistet sein, dass Aufnahmen der Becken- und Beinarterien mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe durchgeführt werden können.

**6.3 STANDORT DER KERNSPINTOMOGRAPHISCHEN EINRICHTUNG**

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

**und/oder**

6.3.2 Die kernspintomographische Einrichtung befindet sich an den Nebenbetriebsstätten:

1. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
	Nebenbetriebsstättennummer										
2. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
	Nebenbetriebsstättennummer										
3. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
	Nebenbetriebsstättennummer										
4. _____ Anschrift,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
	Nebenbetriebsstättennummer										



- 6.3.3 Die kernspintomographische Einrichtung wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt:   
Standort: .....  
Eigentümer: .....
- Eine entsprechende Mitnutzungsbestätigung des Geräteeigentümers (einschließlich Angabe zu den Nutzungszeiten) liegt bei.
- 6.3.4 Es liegt ein Wechsel des Gerätestandortes vor.   
(bisherige/r Standort/e wird/werden nicht mehr genutzt.)
- 6.3.5 Es handelt sich um einen zusätzlichen Standort.   
(bisherige/r Standort/e wird/werden weiter genutzt.)



## ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die **Durchführung und Abrechnung** von MR-Angiographien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung** durch die KV Berlin zulässig ist.

Ich bestätige hiermit, dass jede wesentliche Änderung der apparativen Ausstattung nach Abs.1 und 2 der MR-Angiographie-Vereinbarung der KV Berlin unverzüglich mitgeteilt wird (gemäß § 4 Abs. 3 der Vereinbarung).

### Erklärung für Leistungen der MR-Angiographie gemäß § 8 Abs. 4 der vg. Vereinbarung

Ich bin damit einverstanden, dass die KV Berlin die zuständige Kommission beauftragen kann, die apparativen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der vg. Vereinbarung zur MR-Angiographie entsprechen.

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

oder

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter der Einrichtung

### Anlagen:

- Nachweise gem. § 8 der o.g. Vereinbarung
- Gerätenachweis