

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomographie - ausgenommen Mamma und Angiographie – im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

gemäß § 135 Abs. 2 SGB V Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)

Genehmigung der KV \_\_\_\_\_ liegt vor (Bescheid bitte beilegen)

**1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)**

\_\_\_\_\_  
Titel            Vorname            Name            LANR (Arzt-Nr.)

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung            BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

**2. Die Antragstellung erfolgt**

für mich persönlich (*Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2*)

für

\_\_\_\_\_  
Titel            Vorname            Name            LANR (Arzt-Nr.)

**3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)**

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet            Schwerpunkt

niedergelassen (zugelassen),     angestellt,     ermächtigt seit: \_\_\_\_\_  
Datum

**4. Ort der Leistungserbringung:**

Betriebsstätte     Nebenbetriebsstätte<sup>1</sup>     ausgelagerte Praxisstätte<sup>2</sup>

**5. Kontaktdaten:**

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
Tel./Fax/E-Mail

<sup>1</sup> Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

<sup>2</sup> Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

<sup>3</sup> solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

**6. Beantragte Leistungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- allgemeine kernspintomographische Untersuchungen  
(GOP 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452 EBM)
- Bestrahlungsplanung MRT  
(GOP 34460 EBM)

**7. Fachliche Befähigung** (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)

Für alle unter Anleitung nachzuweisenden Untersuchungszahlen gilt, dass die Anleitung bei einem Arzt stattgefunden haben muss, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist.

**a. Die der Facharztanerkennung zugrunde liegende Weiterbildungsordnung BEINHALTET die Weiterbildung in der Kernspintomographie, d.h. den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten**

- **Facharzt für Diagnostische Radiologie**
  - Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 kernspintomographischen Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) unter Anleitung
- **Facharzt für Diagnostische Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung „Kinderradiologie“**
  - Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 200 kernspintomographischen Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks, unter Anleitung
- **Facharzt für Diagnostische Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung „Neuroradiologie“**
  - Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 kernspintomographischen Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals, unter Anleitung
- **Facharzt für Nuklearmedizin**
  - 500 Untersuchungen kernspintomographisch
  - Fachkunde MRT
  - Erfolgreiche Teilnahme an einer Prüfung vor der Ärztekammer

**b. Die der Facharztanerkennung zugrunde liegende Weiterbildungsordnung BEINHALTET NICHT die Weiterbildung in der Kernspintomographie, d.h. den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten**

- **Facharzt für Diagnostische Radiologie**
  - Zeugnis über eine mindestens 24monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.
  - Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 kernspintomographischen Untersuchungen (Hirn, Rückenmark, Skelett, Gelenke, Abdomen, Becken und Thoraxorgane) unter Anleitung
  - erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

---

- **Facharzt für Diagnostische Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung „Kinderradiologie“**
  - Zeugnis über eine mindestens 24monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.
  - Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 200 kernspintomographischen Untersuchungen von Kindern, davon 100 Untersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks, unter Anleitung
  - erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium
  
- **Facharzt für Diagnostische Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung „Neuroradiologie“**
  - Zeugnis über eine mindestens 24monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.
  - Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 kernspintomographischen Untersuchungen des Schädels und Spinalkanals, unter Anleitung
  - erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium
  
- **Facharzt für Nuklearmedizin**
  - Zeugnis über eine mindestens 24monatige ganztägige Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden.
  - 500 kernspintomographische Untersuchungen
  - Fachkunde MRT
  - erfolgreiche Teilnahme an einer Prüfung vor der Ärztekammer

## 8. Apparative Ausstattung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte benennen Sie die Geräte, damit wir unsere Informationen auf Aktualität überprüfen können:

1. \_\_\_\_\_

Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr  
Standort:  Hauptstandort  Nebenbetriebsstätte  Apparategemeinschaft\*

\_\_\_\_\_  
Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

2. \_\_\_\_\_

Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr  
Standort:  Hauptstandort  Nebenbetriebsstätte  Apparategemeinschaft\*

\_\_\_\_\_  
Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

\* Wenn Geräte im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt werden, wird zusätzlich die schriftliche Bestätigung des Geräteeigentümers benötigt.

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

---

Es gelten die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Abschnitt C § 5 und Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung:

- pro Geräte ist dem Antrag eine Gewährleistungserklärung des Herstellers beigelegt (Anlage „Gewährleistungserklärung“)
- wurde bereits durch \_\_\_\_\_ nachgewiesen und liegt der KVMV bereits vor.

Jede wesentliche Veränderung an der Apparatur sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werde ich unverzüglich mitteilen.

### Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt. Mir ist bekannt, dass die KVMV die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Hierzu gebe ich mein Einverständnis.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift Leistungserbringer/in                                      ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

\_\_\_\_\_  
Datum                                      Unterschrift anstellende/r Ärztin/Arzt bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ                                      Stempel