

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Untersuchungen der Mamma im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

2. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

3. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

4. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Kernspintomographische Untersuchungen der Mamma

## 3. Fachliche Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen werden erfüllt und nachgewiesen, vgl. § 4a in Verbindung mit §§ 4 und 8 Kernspintomographie-Vereinbarung:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung <b>Facharzt für Diagnostische Radiologie / Arzt für Radiologie</b> nach der Weiterbildungsordnung ab 1993  |
| <b>und</b>               |  |
| <input type="checkbox"/> | Erfüllen der in § 4 Kernspintomographie-Vereinbarung festgelegten <b>Voraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie im Gebiet „Diagnostische Radiologie“</b> , Nachweis durch den entsprechenden <b>Genehmigungsbescheid</b> der Kassenärztlichen Vereinigung.   |
| <input type="checkbox"/> | Genehmigungsbescheid der KVB liegt vor.  |
| <input type="checkbox"/> | Genehmigungsbescheid einer außerbayerischen KV ist beigelegt.  |
| <b>und</b>               |  |
| <input type="checkbox"/> | Erfüllen der fachlichen und apparativen <b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgenmammographie</b> gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Nachweis durch den entsprechenden <b>Genehmigungsbescheid</b> der Kassenärztlichen Vereinigung.   |
| <input type="checkbox"/> | Genehmigungsbescheid der KVB liegt vor.  |
| <input type="checkbox"/> | Genehmigungsbescheid einer außerbayerischen KV ist beigelegt.  |
| <b>und</b>               |  |
| <input type="checkbox"/> | Erfüllen der fachlichen und apparativen <b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Mammasonographie</b> gemäß der Ultraschallvereinbarung. Nachweis durch den entsprechenden <b>Genehmigungsbescheid</b> der Kassenärztlichen Vereinigung.  |
| <input type="checkbox"/> | Genehmigungsbescheid der KVB liegt vor.  |
| <input type="checkbox"/> | Genehmigungsbescheid einer außerbayerischen KV ist beigelegt.  |
| <b>und</b>               |  |
| <input type="checkbox"/> | Zeugnis über die <b>selbständige Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patienten mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden</b> . Die Untersuchungen haben unter Anleitung eines Arztes stattzufinden, der für die Durchführung der Weiterbildung in der Kernspintomographie nach der Weiterbildungsordnung befugt ist (s. dazu Hinweise im Anhang). |
| <b>und</b>               |  |
| <input type="checkbox"/> | Mir ist bekannt, dass zum vollständigen Nachweis der fachlichen Befähigung die <b>erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium</b> erforderlich ist.   |

#### 4. Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von kernspintomographischen Leistungen der Mamma benutze ich folgende/s Gerät/e:


|  |  |
|--|--|
| 1. Gerätebezeichnung:<br>_____   | Standort des Geräts:<br><b>BSNR:</b>   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _ |
| 2. Gerätebezeichnung:<br>_____   | Standort des Geräts:<br><b>BSNR:</b>   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _ |
| 3. Gerätebezeichnung:<br>_____   | Standort des Geräts:<br><b>BSNR:</b>   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _ |
| 4. Gerätebezeichnung:<br>_____   | Standort des Geräts:<br><b>BSNR:</b>   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _ |
| <b>Gemeinsame Apparaturnutzung</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>nein</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>ja,</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit<br>Titel _____ Name _____, Vorname _____   |  |
| <input type="checkbox"/> oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit<br>Titel _____ Name _____, Vorname _____   |  |
| <input type="checkbox"/> oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit<br>Titel _____ Name _____, Vorname _____   |  |
| <input type="checkbox"/> oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit<br>Titel _____ Name _____, Vorname _____   |  |
| Bitte die <b>Erklärung/en zur Apparatgemeinschaft</b> (separates Formular) beifügen.   |  |
| <input type="checkbox"/> Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 5 und Anlage I Kernspintomographie-Vereinbarung wird <b>pro Gerät</b> eine <b>Gewährleistungserklärung des Herstellers</b> vorgelegt. |  |
| Alternativ - bei gemeinsamer Apparaturnutzung:   |  |
| <input type="checkbox"/> Die Gewährleistungserklärung/en des/der oben genannten Kollegen liegt/liegen der KVB bereits vor.   |  |
| <input type="checkbox"/> Jede <b>Veränderung an der zugelassenen Kernspintomographieeinrichtung</b> wird der KVB, Qualitätssicherung, 80684 München, <b>unverzüglich mitgeteilt</b> , vgl. § 6 Abs. 4 Kernspintomographie-Vereinbarung.          |  |

## 5. Weitere Anforderungen

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Vorstandskommission Kernspintomographie beauftragen, die in Betrieb befindlichen Kernspintomographieeinrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Kernspintomographie-Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomographie wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt, vgl. § 6 Abs. 5 Kernspintomographie-Vereinbarung.  
**Hiermit wird erklärt, dass mit der Durchführung einer solchen Überprüfung Einverständnis besteht.**
- Auflage zur fachlichen Befähigung** nach § 4 a Abs. 2 Kernspintomographie-Vereinbarung: regelmäßige selbständige Erbringung von **mindestens 50 kernspintomographischen Leistungen der Mamma** in der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb eines Zeitraums von **jeweils 12 Monaten**, vgl. Ausführungen im Anhang zum Genehmigungsantrag

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

**Bitte beachten Sie, 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.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

| Checkliste  | Liegt der<br>KVB<br>bereits vor | Sind dem<br>Antrag<br>beigefügt |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| 1) Urkunde/n über eine oder mehrere der unter 3. genannten Facharztbezeichnungen  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| 2) Genehmigungsbescheide der KV zur allgemeinen Kernspintomographie, zur Mammographie und zur Mammasonographie (Bescheide einer außerbayerischen KV bitte beifügen) | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| 3) Zeugnis über Mindestuntersuchungszahlen (MRT Mamma), s. dazu Hinweise im Anhang  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| 4) Gewährleistungserklärung/en des Herstellers zum Gerät  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| 5) ggf. Erklärung/en zur Apparategemeinschaft   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** wird eingehalten. Dieses erfordert beim Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung grundsätzlich anwesend ist. Leistungen, die nicht delegierbar sind, sind vom Arzt persönlich oder von einem hierfür qualifizierten angestellten Arzt oder genehmigten Assistenten zu erbringen.

#### Hinweise zu den einzureichenden Zeugnissen

Die Zeugnisse müssen von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und insbesondere folgende Angaben enthalten, vgl. § 8 Abs. 1 Nr. 2 Kernspintomographie-Vereinbarung:

Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung stattfand

- Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken
- Zahl der vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten sowie die Zahl der selbständig durchgeführten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen sowie
- Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Untersuchungen bestimmter Organe und zur selbständigen Anwendung bestimmter Untersuchungstechniken.

Für Ärzte, denen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomographie der Mamma erteilt worden ist, besteht folgende **Auflage zur fachlichen Befähigung** nach § 4 a Abs. 2 Kernspintomographie-Vereinbarung:

Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist in einem Abstand von jeweils 12 Monaten nachzuweisen, dass innerhalb dieses Zeitraums mindestens 50 kernspintomographische Leistungen der Mamma in der vertragsärztlichen Versorgung selbständig erbracht wurden. Bei geeignetem Nachweis werden auch kernspintomographische Untersuchungen der Mamma anerkannt, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wurden. Voraussetzung ist, dass diese Untersuchungen dem Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 34431 des EBM entsprechen. Wird die Auflage nicht erfüllt, fordert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns den Arzt innerhalb von vier Wochen auf, an einem Kolloquium innerhalb von drei Monaten teilzunehmen. Kann der Arzt seine fachliche Befähigung in dem Kolloquium nicht belegen, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Untersuchungen der Mamma in der vertragsärztlichen Versorgung mit der Mitteilung über die erfolgreiche Teilnahme zu widerrufen.

Der Volltext der Kernspintomographie-Vereinbarung ist unter <http://www.kvb.de/html/qualitaetsicherung.php> abrufbar.