

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Radiologie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**  
nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b> (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)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____	(Name der BAG)
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____	(Name des MVZ)
<input type="checkbox"/> 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	

<b>Die Antragstellung erfolgt für</b>	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> 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:

**Leistungen der diagnostischen Radiologie der nachfolgenden Anwendungsbereiche:**

- Zahnaufnahmen und Aufnahmen der Alveolarfortsätze der Kiefer
- Panorama-Schichtaufnahmen der Zähne und/oder der Kiefer sowie der Kiefergelenke
- Weichteil-Profilaufnahmen des Gesichtsschädels, auch dentale Fernaufnahmen
- Aufnahmen des Gliedmaßenskeletts, ausgenommen Schultergelenk, Hüftgelenk und Oberschenkel
- Aufnahmen des Skeletts
- Nativaufnahmen der Weichteile und des Bauchraumes
- Aufnahmen des Harnapparates
- Aufnahmen der Lymphographie
- Sialographie
- Aufnahmen der Thoraxorgane
- Gesamte Röntgendiagnostik, insbesondere alle Röntgenuntersuchungen, die eine Durchleuchtung erfordern können [Ausnahmen sind Aufnahmen zur arteriellen angiographischen Röntgenuntersuchung und Aufnahmen zur Venographie des Körperstammes und Aufnahmen der weiblichen und männlichen Brust (gesonderter Antrag erforderlich)]



**und zusätzlich für folgende Spezialuntersuchungen:**

- Arthrographie
- Myelographie
- Phlebographie der Extremitäten
- Hysterosalpingographie
- interventionelle Maßnahmen
  - durchleuchtungsgestützte Intervention (PTC, Ösophagus-Stent)
  - Embolisations- bzw. Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen, einschl. Kontrastdarstellung





- Gesamte Röntgendiagnostik einschl. Aufnahmen zur Venographie des Körperstammes [ausgenommen sind Aufnahmen zur arteriellen angiographischen Röntgenuntersuchung (gesonderter Antrag nach der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie erforderlich) sowie Aufnahmen der weiblichen und männlichen Brust (gesonderter Antrag erforderlich)]
- Durchleuchtungskontrolle und Kontrollaufnahmen bei Versorgung von Verletzungen der Gliedmaßen
- Durchleuchtungskontrolle und Kontrollaufnahmen im Verlauf von Operationen, bei Versorgung von Verletzungen der Gliedmaßen oder des Rumpfes
- Angiokardiographie (EBM-Ziffer 34290)
- Digitale Bildverstärker-Radiographie (digitale Durchleuchtung, digitale Aufnahme, digitale Subtraktion). Ausgenommen sind: Thoraxübersichtsaufnahmen, Feinstrukturaufnahmen des Skeletts
- Digitale Lumineszenz-Radiographie (digitale Aufnahmen, digitale Subtraktion)

### 3. Fachliche Voraussetzungen

Der Nachweis der fachlichen Voraussetzungen kann **alternativ** erfolgen durch:

<p><b>Facharzt für Radiologie</b> vgl. §§ 4, 5 Abs. 1 in Verbindung mit §§ 14 Abs. 2 Nrn. 1 und 2, 16 Abs. 1 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie</p> <p><input type="checkbox"/> Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung <b>Facharzt für Radiologie, Facharzt für Diagnostische Radiologie, Arzt für Radiologische Diagnostik</b> <b>und</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung über die <b>für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde</b> und ggf. Bescheinigung über die <b>Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz</b>, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV</p>	     
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

oder

<p><b>Facharzt mit Weiterbildung in fachgebietspezifischer Röntgendiagnostik, für die die Weiterbildungsordnung den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten fordert</b> vgl. §§ 4, 5 Abs. 2 in Verbindung mit §§ 14 Abs. 2 Nrn. 1 und 2, 16 Abs. 2 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie</p> <p><input type="checkbox"/> Urkunde über die Berechtigung zum Führen folgender Facharzt- und ggf. Schwerpunkt-/ Teilgebietsbezeichnung:  _____</p> <p><b>und</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung über die <b>für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde</b> und ggf. Bescheinigung über die <b>Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz</b>, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV</p> <p><b>und</b></p> <p><input type="checkbox"/> Zeugnis über die Weiterbildung in der fachgebietspezifischen Röntgendiagnostik <b>oder</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ergänzende Bescheinigung der Bayerischen Landesärztekammer (sofern die Facharztanerkennung bei der Bayerischen Landesärztekammer bis zum 01.01.1995 oder bei einer anderen Landesärztekammer erworben wurde)</p>	                    
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 4. Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von Leistungen der diagnostischen Radiologie benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätebezeichnung: _____	Standort des Geräts: BSNR:
2. Gerätebezeichnung: _____	Standort des Geräts: BSNR:
3. Gerätebezeichnung: _____	Standort des Geräts: BSNR:

4. Gerätebezeichnung: \_\_\_\_\_

Standort des Geräts: \_\_\_\_\_

BSNR: | | | | | | | | | |

**Gemeinsame Apparatennutzung im Rahmen einer Apparategemeinschaft**

**nein**

**ja,**

oben unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e mit

Titel \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

oben unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e mit

Titel \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

oben unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e mit

Titel \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

Bitte die **Erklärung/en zur Apparategemeinschaft** (separates Formular) beifügen.

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 11 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie wird **der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung** vorgelegt, aus dem eindeutig hervorgehen muss, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der Röntgenverordnung für die beantragten Leistungen erfüllt sind.

Alternativ - bei gemeinsamer Apparatennutzung in einer Apparategemeinschaft oder innerhalb einer BAG oder eines MVZs:

Die Gewährleistungserklärung/en bzw. der Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung des/der oben genannten Geräts/Geräte liegt/liegen der KVB bereits vor.

Jede **Veränderung an der zugelassenen Röntgeneinrichtung** sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werden der KVB, Qualitätssicherung, 80684 München, **unverzüglich mitgeteilt**, vgl. § 14 Abs. 3 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.

**5. Weitere Anforderungen**

**Folgende weitere Anforderungen und Pflichten werden erfüllt bzw. eingehalten:**


- Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Vorstandskommission Radiologie beauftragen, die in Betrieb befindlichen Einrichtungen daraufhin zu überprüfen, ob sie den apparativen Anforderungen gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 3 a) der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen. Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostischen Radiologie wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt, vgl. § 14 Abs. 4 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. **Hiermit wird erklärt, dass mit der Durchführung einer solchen Überprüfung Einverständnis besteht.**

- Die Röntgeneinrichtung darf nur nach Genehmigung durch das Gewerbeaufsichtsamt gemäß § 12 Abs.1 Nr. 4 StrlSchG bzw. nach Bestätigung der Anzeige gemäß § 19 Abs. 1 StrlSchG betrieben werden, vgl. § 11 Abs. 1 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Dies trifft auch für die Mitnutzung der Röntgeneinrichtung in einer Apparategemeinschaft zu. **Der Genehmigungsbescheid bzw. die Bestätigung der Anzeige des zuständigen Gewerbeaufsichtsamtes wird eingereicht.**

Wenn keine Anzeigebestätigung vorliegt, hat der Antragsteller der KVB die beim Gewerbeaufsichtsamt im Rahmen des Anzeigeverfahrens eingereichten Unterlagen vorzulegen sowie schriftlich zu erklären, dass der Betrieb der Röntgeneinrichtung durch das Gewerbeaufsichtsamt nach § 20 Abs. 3 StrlSchG nicht untersagt wurde. Eine spätere Untersagung ist der KVB unverzüglich mitzuteilen.

**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 Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei. Hiervon ausgenommen sind (Aktualisierungen von) Fachkundebescheinigungen im Strahlenschutz, welche auch in einfacher Kopie vorgelegt werden können.

**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 1 Monat 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-  
berechtigte/ MVZ-Vertretungsberechtigter 

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigelegt
1) Urkunde/n über eine oder mehrere der unter 3. genannten Facharzt-/Schwerpunkt-/Teilgebietsbezeichnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Bescheinigung/en über die Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ggf. Zeugnis über die Weiterbildung in einer fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (alternativ bei gemeinsamer Apparatennutzung der KVB bereits vorliegende Gewährleistungserklärung/en bzw. Prüfbericht/e zur Sachverständigenprüfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ggf. Erklärung/en zur Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6) Genehmigungsbescheid bzw. Bestätigung der Anzeige des zuständigen Gewerbeaufsichtsamtes oder Erklärung, dass eine Untersagung des Betriebs der Röntgeneinrichtung nicht erfolgt ist.		

### 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.

Die Zeugnisse müssen von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und insbesondere folgende Angaben enthalten, vgl. § 16 Abs. 2 Buchst. a Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie:

- 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.

Der Volltext der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie ist unter <http://www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.phpn> abrufbar.