

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 2  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

## MR-Angiographie

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

### Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie vom 01.10.2007, in der gültigen Fassung

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

Qualitätssicherung  
Team 2

Tel 069 24741-7300  
Fax 069 24741-68832  
[qs.radiologie@kvhessen.de](mailto:qs.radiologie@kvhessen.de)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
[www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

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

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.

Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- Vertragsarzt/in       Einzelpraxis       MVZ       Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt  
in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes
- in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung
- Instituts-  
ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-  
assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit 2:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

- 1 Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.
- 2 Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und /oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.



**Leistungsspektrum**

- MRT-Angiographie der Hirngefäße (GOP 34470)
- MRT-Angiographie der Halsgefäße (GOP 34475)
- MRT-Angiographie der Thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste (GOP 34480)
- MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung (GOP 34485)
- MRT-Angiographie von Venen (GOP 34486)
- MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße) (GOP 34489)
- MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien und einschließlich/oder Cimino-Shunt (ohne Handgefäße) (GOP 34490)
- Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34470 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en) (GOP 34492)

**Genehmigungsvoraussetzungen**

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung "Radiologie"
- Nachweis über selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) unter Anleitung, eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes, innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der Time-of-Flight (TOF)-, und/oder Phasenkontrast- (PC-) und zu mindestens 20% mit der kontrastmittelverstärkten- (CE-) Technik erstellt worden sein
- Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung. Auf diese Tätigkeit kann eine bis zu zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in der computertomographischen Diagnostik unter Anleitung angerechnet werden

**Anforderungen an die apparative Ausstattung**

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Gerätes  
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Gerätes  
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Gerätes  
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) \_\_\_\_\_

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Die Geräte erfüllen die in der MR-Angiographie-Vereinbarung, Anlage 1 aufgeführten Anforderungen

Zur Behandlung von Notfällen wird folgende Notfallausstattung vorgehalten (Mindestanforderung an geeignete Ausrüstung):

- Frischluftbeatmungsgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage

Die Angaben zur apparativen Ausstattung sind mittels einer Gewährleistungsgarantie durch den Hersteller/ Lieferanten auszufüllen und durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen und dem Antrag beizufügen (siehe Herstellerformular) -----

**Organisatorische Anforderungen**

- es ist gewährleistet, dass der Patient nach einer MR-Angiographie mit Kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann
- die erstellten Original-Schnittbilder (Querschnitte) sind zur Befundung heranzuziehen
- die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbesondere Maximale Intensitäts-Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation ist obligat
- eine repräsentative Auswahl diagnostischer Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen ist zu archivieren

**Beizufügende Nachweise**

- Zeugnisse -----
- Urkunde der Facharztanerkennung -----

**Angaben über die apparative Ausstattung**

Gewährleistungserklärung vom Hersteller -----



### Erklärungen und Hinweise

- Nach § 2 der Vereinbarung zur MR-Angiographie ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenzentrale Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur MR-Angiographie erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung, des Zulassungsstatus sowie Änderungen der apparativen Ausstattung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenzentralen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte:**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ  
(Institut/Klinik/Krankenhaus)  
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes

.....  
Stempel

Formular drucken

Stand: September 2024