

Bitte zurücksenden an !

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

## Radiologie

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von radiologischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

#### Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993, 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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
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 <sup>2</sup>:**

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.

<sup>2</sup> 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 Fachgebiete

### Chirurgie

- Übersichtsaufnahmen Schädel .....
- Schädelteilaufnahmen (ausgenommen NNH und Zähne) .....
- Aufnahmen Extremitäten .....
- Aufnahmen Körperstamm .....
- Kontrastuntersuchungen von Gängen, Gangsystemen, Höhlungen .....
- Kontrastuntersuchungen von Gelenken (Arthrographien) .....
- Durchleuchtungen .....
- Schichtaufnahmen von: .....

### Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

- Zähne, Kiefer .....
- Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers .....
- Übersichtsaufnahmen des Schädel (Dentale Fernaufnahmen) .....
- Sialographie .....

### Orthopädie

- Übersichtsaufnahmen Schädel .....
- Schädelteilaufnahmen (ausgenommen NNH und Zähne) .....
- Aufnahmen Extremitäten .....
- Aufnahmen Körperstamm .....
- Kontrastuntersuchungen von Gängen, Gangsystemen, Höhlungen .....
- Kontrastuntersuchungen von Gelenken (Arthrographien) .....
- Durchleuchtungen .....
- Schichtaufnahmen von: .....

**Urologie**

- Aufnahmen der Urogenitalorgane -----
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: -----

**Leistungsspektrum Radiologen / ggf. Zusatzleistungen**

- Zähne, Kiefer -----
- Schädelübersichtsaufnahmen -----
- Schädelteilaufnahmen / Nasennebenhöhlen -----
- Aufnahmen der Extremitäten einschl. Schulter- und Hüftgelenk -----
- Aufnahmen Körperstamm -----
- Kontrastaufnahmen von Gelenken (Arthrographien) -----
- Thoraxorgane einschl. Halsorgane -----
- Nativaufnahmen des Bauchraumes -----
- Gallensystem -----
- Kontrastuntersuchung des Verdauungstraktes (Ösophagus, Magen-Darm) -----
- Kontrastuntersuchung des Harnapparates -----
- Kontrastuntersuchungen von Gängen, Gangsystemen, Höhlungen, Fisteln -----
- Salpingographien -----
- Sialographie -----
- Phlebographie und/oder Lymphographie der Extremität(en) -----
- Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes -----
- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen -----
- Durchleuchtungen -----
- Schichtaufnahmen von: -----
- Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC -----
- Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent -----
- Bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule -----

**Knochendichtemessung mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie)**

- Osteodensitometrische Untersuchung I (GOP 34600) -----
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601) -----

**Anforderungen an die apparative Ausstattung**

Da die Abrechnung radiologischer Leistungen standortbezogen geprüft wird, sind bei mehreren Standorten (z.B. Zweigpraxis, Belegarztstätigkeit, Amb. OP) für jeden Standort die dort verwendeten Geräte anzugeben.

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Röntgengerätes  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Röntgengerätes  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Röntgengerätes  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

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

**Beizufügende Nachweise**

- Weiterbildungszeugnis / Genehmigung anderer KV -----
- Urkunde der Facharztanerkennung -----
- Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Aktualisierungskurse -----

**Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.**

### Angaben über die Röntgeneinrichtung

Aktuelle(r) Sachverständigenprüfbericht(e) ist/sind beigelegt -----

Genehmigung oder Anzeigenbestätigung ausgestellt durch das zuständige Regierungspräsidium -----

### Anforderung der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V erforderlich für die GOP 13430, 13431, 34294 und 34297 EBM

Seit dem 1. Oktober 2006 unterliegen folgende Leistungen nach den GOP 13430, 13431, 34294 und 34297 EBM zusätzlich noch den nachfolgenden Anforderungen nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren vom 28.11.2011.

#### 2. Kleinere invasive Eingriffe

Räumliche Ausstattung / Eingriffsraum:

Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum/Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial ggf. Ruheraum für Patienten ggf. Umkleidebereich für Patienten

Apparativ-technische Voraussetzungen/ Eingriffsraum:

Raumoberflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, ggf. flüssigkeits dichter Fußbodenbelag

Wascheinrichtung:

zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

Darüber hinaus sind nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen zu erfüllen: Instrumentarium und Geräte / fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten / Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung / Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden) / Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung / Arzneimittel / Operationstextilien / Verband- und Verbrauchsmaterial / Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung / Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge sobemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann / Infusionslösungen / Verband- und Nahtmaterial / sonstiges Verbrauchsmaterial

Diese vorgenannten Anforderungen nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 werden erfüllt -----  Ja  Nein

### Erklärungen und Hinweise

- Nach § 2 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Radiologie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie 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 Kassenärztlichen 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