

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Reutlingen  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhastr. 11  
72770 Reutlingen

**Absender/Stempel**

Isabel Hitzelberger | Telefon 07121 917-2381 | Fax 07121 917-483861 | [isabel.hitzelberger@kvbawue.de](mailto:isabel.hitzelberger@kvbawue.de)

## Angaben zur apparativen Ausstattung in der Kernspintomographie

### Allgemeine Kernspintomographie, Mamma-MRT, MR-Angiographie

Benutzer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Standort der Kernspineinrichtung / Eigentumsverhältnisse

- Vertragsarztsitz (Hauptbetriebsstätte)  
 an abweichendem Standort (Nebenbetriebsstätte):

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

Gemeinschaftliche Nutzung mit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Betreiber des Gerätes

\_\_\_\_\_  
Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab

**Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mitzuteilen.**

**Bei mehreren Geräten bzw. Standorten bitte Gerätemeldung für jedes Gerät und/ oder jeden Standort einreichen, Formular bitte ggf. kopieren.**

**Bitte beachten Sie, dass eine Genehmigung nur dann erteilt werden kann, wenn alle geforderten Angaben gemacht sind!**

**Diese Seite ist nur von der Hersteller-/ Lieferfirma auszufüllen!**

## **Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg**

Hiermit wird bestätigt, dass das/die nachfolgend aufgeführte/n Gerät/e den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung zur allgemeinen Kernspintomographie, Mamma-MRT und MR-Angiographie, entspricht (entsprechen).

Gerätetyp: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

### **Mindestausstattung**

1.  Möglichkeit folgende Verfahren der MR-Angiographie durchzuführen: Aufnahmen mittels Time-of-Flight(TOF)-, Phasenkontrast (PC)- und kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik
2.  Spezielle Hochfrequenzspulen für den jeweiligen Anwendungsbereich
3.  Minimale Schichtdicke  $\leq 1$  mm bei 3-D-Gradientenechosequenzen und  $\leq 3$ mm bei 2-D-Spin-echosequenzen
4.  Herzaktion-gesteuerte Aufnahmen
5.  Vorsättigung, Bewegungsartefakt-Kompensation und Flussrephasierung
6.  Die Anforderungen nach den Nummern 3 bis 5 müssen - soweit indiziert- in einer Aufnahmesequenz kombinierbar sein,
7.  Gradientenecho mit variablen Flipwinkeln als Multischichttechnik oder Einzelschnitte mit Aufnahmezeiten  $\leq 10$  Sekunden pro Aufnahmesequenz,
8.  Magnetfeldhomogenität  $+ 5$  ppm über 400 mm Kugeldurchmesser.  
Die Magnetfeldhomogenität ist als größte Abweichung von einem mittleren Wert der Magnetflussdichte, gemessen in mind. Neun Ebenen, die das geforderte Volumen ausfüllen und annähernd gleichen Winkelabstand haben, im Verhältnis zum mittleren Wert der Magnetflussdichte anzugeben,
9.  Bei allen Aufnahmen muss ein Field of View von 250 mm eine Aufnahmematrix von mindestens 256X256 Bildpunkten eingehalten werden können
10.  Für alle angiologische und muskuloskeletale Untersuchungen (einschl. Gelenkuntersuchungen 3 D-Acquisition mit einer Aufnahmematrix von 256 x 256 x 64 Voxels oder kleiner bei einem Voxelvolumen von  $\leq 1$ mm<sup>3</sup>; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten,
11.  Für kardiologische Untersuchungen: Cine-Gradientenecho, Darstellung doppelt angulierter Schichten.
12.  Für Untersuchungen der Mamma: Doppel-Mammaspule

### **Zusätzliche spezielle Anforderungen an die apparative Ausstattung zur Durchführung von MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-)Technik**

- Möglichkeit zur (Kontrastmittel-) Bolustriggerung (mittels Bolustiming oder Bolustracking)
- Verwendung eines Injektors zur automatisierten und reproduzierbare Gabe von Kontrastmitteln sowie unmittelbar im Anschluss zu applizierenden Spüllösung
- Sofern Leistungen nach der Nummer 34489 des EBM ausgeführt und abgerechnet werden, muss gewährleistet sein, dass Aufnahmen der Becken- und Beinarterien mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe durchgeführt werden können

### **Bestätigung des Herstellers bzw. der Lieferfirma**

Die Richtigkeit der Angaben über die apparative Ausstattung wird bestätigt. Das Gerät entspricht den Mindestanforderungen der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung, gültig ab 01.10.2001, sowie der Qualitäts-sicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel der Hersteller-/Lieferfirma