



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
zur Ausübung der radiologischen Tätigkeit – Computertomographie –
Koronarangiographie (CCTA)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für:

Praxisanschrift:

Tätigkeit in / als:

☐ Eigener Niederlassung

☐ Ermächtigter Arzt

☐ Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

☐ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Fachliche Anforderungen (§7)

1. Zeugnisse über computertomographische Weiterbildung (§16)

in Kopie beigelegt ☐
liegt der KVBB bereits vor ☐

2. Bestätigung über die selbständige Befundung der CCTA in 150 Fällen oder mehr und selbstständige Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen jeweils vor dem 27. April 2024 (§ 20 der Vereinbarung). ☐

oder

Nachweis über die Befundung der CCTA in mindestens 150 Fällen und die Durchführung der CCTA in mindestens 50 Fällen jeweils unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders, der die fachlichen Anforderungen für die CCTA nach dieser Vereinbarung erfüllt

in Kopie beigelegt ☐

und

Nachweis über mindestens Qualifizierungsstufe **Q2 der Zusatzqualifikation** „Kardiovaskuläre Radiologie“ der Deutschen Röntgengesellschaft

in Kopie beigelegt ☐
liegt der KVBB bereits vor ☐

oder

Kolloquium erforderlich ☐

Hinweis: Kann der Nachweis über die Zusatzqualifikation „Kardiovaskuläre Radiologie“ (mind. Q2-Zertifikat der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. (DRG)) nicht erbracht werden, ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium für die Genehmigungserteilung erforderlich.

und

Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV

in Kopie beigelegt ☐
liegt der KVBB bereits vor ☐

oder

Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
(nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist).

in Kopie beigelegt ☐
liegt der KVBB bereits vor ☐

III. Apparative Voraussetzungen (§11)

Betriebserlaubnis der zuständigen Behörde nach § 12 Abs. 1 Nr.4 des StrlSchG

in Kopie beigelegt

☐

liegt der KVBB bereits vor

☐

oder

Mitteilung der zuständigen Behörde nach § 19 Abs. 1 des StrlSchG

in Kopie beigelegt

☐

liegt der KVBB bereits vor

☐

oder

Wenn keine Anzeigebestätigung der zuständigen Behörde vorliegt, erfolgt der Nachweis durch Vorlage der im Rahmen des Anzeigeverfahrens eingereichten Unterlagen und Ihrer Erklärung, dass eine Untersagung des Betriebs durch die Behörde innerhalb der Frist nach § 20 StrlSchG nicht erfolgt ist.

☐

(Eine spätere Untersagung ist der KVBB unverzüglich mitzuteilen.)

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Voraussetzungen für die Durchführung einer CCTA erfüllt sind:

- Computertomograph mit **mind. 64 Detektorzeile**

☐

Gerätebezeichnung

64-Zeilen Gerät ☐

128-Zeilen-Gerät ☐

256-Zeilen-Gerät ☐

- Kontrastmitteleinbringung
- EKG-getriggerte Bildakquisition

☐☐

Standort

Die Röntgeneinrichtung ist mein/unser Eigentum und in meiner/unserer Praxis aufgestellt

☐

oder

die Röntgeneinrichtung wird in Apparategemeinschaft

☐

mit

Standort genutzt.

Nutzungsvertrag in Kopie beigelegt

IV. Erklärung/Verpflichtung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich bzw. verpflichte ich mich, die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie zu erfüllen:

1. Ich versichere, die organisatorischen Anforderungen bei CCTA gem. § 13b zu gewährleisten

Hinweis: Die CCTA darf zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden bei Patientinnen und Patienten, bei denen nach Bestimmung einer Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) von mindestens 15 % weiterhin der Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cHKH) besteht oder wenn die Durchführung der CCTA im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen unabhängig von der Feststellung oder Behandlung einer cHKH zum Ausschluss cHKH medizinisch notwendig ist.

2. Ich verpflichte mich, die Dokumentationsanforderungen gem. § 13c zu erfüllen und umzusetzen.
3. Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei CCTA gem. § 13d.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Bedarf der Prüfbericht zur wiederkehrenden Sachverständigenprüfung durch die KVBB angefordert werden kann. Dies gilt auch für Sachverständigenprüfungen, die aufgrund einer wesentlichen Änderung des Betriebes der Röntgeneinrichtung durchgeführt werden.

VI. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV.....

amerhalten. Eine Durchschrift/Kopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich ☐ einverstanden
☐ nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
QS@kvbb.de