

Arztstempel/ Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

_____ Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Beantragung

Ich beantrage folgende Leistungen

- CT-Koronarangiographie (CCTA) gemäß Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL

Fachliche Voraussetzungen

Als Facharzt für _____
lege ich diesem Antrag folgende Qualifikationsnachweise bei:

- Facharzturkunde
- Nachweis über die selbstständige Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und selbstständige Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen jeweils bereits vor Inkrafttreten des Beschlusses
oder
- Nachweis über die Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen, jeweils unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders im Fall der Neuanwendung (der Umfang der Erfahrung ist zu erläutern)
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung

- Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten)
Alternativ: Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 StrlSchG

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von CT-Koronarangiographien wird folgende Apparatur verwendet:

Gerätebezeichnung :

--

KV-Reg.-Nr.:

--

Standort BSNR:

--

Gerätebezeichnung :

--

KV-Reg.-Nr.:

--

Standort BSNR:

--

Gerätebezeichnung :

--

KV-Reg.-Nr.:

--

Standort BSNR:

--

- Das Gerät / die Geräte sind der KV Hamburg gemeldet und weist / weisen mindestens 64 Detektorzeilen auf.
- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Der / die aktuell gültige/n Prüfbericht/e zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht) liegt / liegen diesem Antrag bei. Diese/s Gerät/e weist / weisen mindestens 64 Detektorzeilen auf.
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparategemeinschaft** genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät ist / die Geräte sind Eigentum von _____.

Weitere Anforderungen

- Ich bestätige, dass ich
- gemäß § 85 Abs. 1 StrlSchG die Aufzeichnungspflicht einhalten und die Aufzeichnungen sowie Aufnahmen nach § 85 Abs. 2 StrlSchG aufbewahren werde und erkläre mich einverstanden, dass diese Aufzeichnungen jederzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingesehen werden können.
 - die Eckpunkte der Qualitätssicherung zur Prozessqualität nach § 3 der Nr. 42 Anlage I zur MVV-RL zur Kenntnis genommen habe und mich zur Einhaltung verpflichte.

- die Voraussetzungen hinsichtlich der Indikation nach § 2 der Nr. 42 Anlage I zur MVV-RL zur Kenntnis genommen habe:

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

- dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden ist.
- die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5-jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die zuständigen Qualitätssicherungskommissionen der KV Hamburg für diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin die Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den apparativen Anforderungen gemäß Absatz 2 Nr. 3 der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen.
- die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KV Hamburg Unterlagen, die für die Bearbeitung relevant sind, aus dem Arztregister, aus dem Zulassungsausschuss sowie von der Ärztlichen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hamburg zur Bearbeitung heranziehen dürfen.

Rechtlicher Hintergrund

Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses

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) in der aktuell gültigen Fassung

Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 83. Sitzung am 11. Dezember 2024

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Vermerk. Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats 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,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften aller BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel