

Arztstempel/ Praxisstempel
-------------------------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie

### Allgemeine Hinweise:

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

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche 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. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- 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](mailto: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?

### Qualifikation - beantragter Leistungsbereich

- Facharzt für Strahlentherapie**, folgende Leistungen werden beantragt:
  - Nahbestrahlungstherapie
  - Weichstrahltherapie
  - Orthovolttherapie
  - Hochvolttherapie
  - Brachytherapie
  - CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie
  - Stereotaktische Radiochirurgie
- Facharzt für Neurochirurgie**, folgende Leistungen werden beantragt:
  - Stereotaktische Radiochirurgie

Nachfolgend aufgeführte Nachweise liegen diesem Antrag bei:

- Facharzturkunde
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung
- Genehmigung der zuständigen Behörde (Amt für Arbeitsschutz) für den Betrieb einer Anlage zur Erzeugung ionisierender Strahlung und/oder den Umgang mit sonstigen radioaktiven Stoffen (entfällt bei angestellten Ärzten).
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachgebietsspezifischen Strahlentherapie.
- für Fachärzte für Neurochirurgie: Kolloquium bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

## Apparative Ausstattung - Strahlentherapie

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet, der / die aktuell gültige/n Prüfbericht/e zur Sachverständigenprüfung bei (TÜV-Prüfbericht) liegt / liegen diesem Antrag bei.
  - Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparatgemeinschaft** genutzt. Das Formular "Apparatgemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
  - Das Gerät / die Geräte sind Eigentum von: \_\_\_\_\_

## Apparative Ausstattung - stereotaktische Radiochirurgie

Die **Stereotaktische Radiochirurgie** darf nur mit folgenden Bestrahlungsgeräten erbracht werden:

- dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS
- stereotaxieadaptierte Linearbeschleuniger.
- dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS.
- Die Lagekontrolle des Zielvolumens während der SRS erfolgt mittels geeigneter technischer Maßnahmen (z. B. mittels Bildgebung, stereotaktischem Rahmen oder optoelektronisch).
- Für die Behandlung des Vestibularisschwannoms soll die Referenzdosis im Zielvolumen mindestens 11 Gy betragen.

### Nachfolgende aufgeführte Nachweise liegen diesem Antrag bei:

- ➔ Herstellererklärung, sofern aus den eingereichten Unterlagen die Erfüllung der apparativen Anforderungen nicht hervorgeht

Bei Verwendung eines **Linearbeschleunigers**:

- ➔ Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung
- ➔ Genehmigung der zuständigen Behörde (Amt für Arbeitsschutz) für den Betrieb einer Anlage zur Erzeugung ionisierender Strahlung (entfällt bei angestellten Ärzten)

Bei Verwendung eines **Bestrahlungsgeräts mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen**:

- ➔ Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung
- ➔ Genehmigung der zuständigen Behörde (Amt für Arbeitsschutz) für den Umgang mit sonstigen radioaktiven Stoffen (entfällt bei angestellten Ärzten)

Ich bestätige, dass ich

- aufgrund § 85 des Strahlenschutzgesetzes Aufzeichnungen über die Anwendung von ionisierender Strahlung und radioaktiven Stoffen anfertigen werde und erkläre mich einverstanden, dass diese Aufzeichnungen jederzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingesehen werden können.
- dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden bzw. bestellt ist.
- jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung) sowie Änderungen der Bauartzulassung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg schriftlich anzeigen werde.
- die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.
- die SRS erst nach begründeter positiver Empfehlung der Tumorkonferenz gemäß § 13a (Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung Anlage I Nr. 40 und 41) erbracht wird.

## **Einverständniserklärung**

### **Ich erkläre mich damit einverstanden, dass**

- die zuständigen Qualitätssicherungskommission 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 Qualitätssicherungsvereinbarung 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.

### **Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die KVH regelmäßig Überprüfungen gemäß der „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ § 136 Abs. 2 SGB V durchführt.

### **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie in der aktuell gültigen Fassung

Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung Anlage I Nr. 40 und 41.

## 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

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEEDDDXXX  
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 Unterschriftenbevollmächtigten. 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