

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt- /Krankenhausstempel

**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung
von strahlentherapeutischen Leistungen
im Rahmen der ASV – urologische Tumore**

Hinweis: Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören. Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel
.....

Fachgebiet
.....

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer
.....

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

ja nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

.....
.....
.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- strahlentherapeutische Leistungen (GOP 25310, 25320, 25321, 25322, 25323, 25330, 25331, 25332, 25333, 25340, 25340, 25341, 25342 EBM)

Qualifikation – Nachweise sind der Anzeige beizufügen

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie.

Nachweise

- Facharzturkunde
- Fachkundebescheinigung gemäß Strahlenschutzverordnung

Apparative Ausstattung – für Vertragsärzte

Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR): _____

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____

- Wenn das Gerät der KV Hamburg noch nicht gemeldet ist, fügen Sie bitte einen Gerätenachweis der entsprechenden Anwendungsklasse der Anzeige bei (Seiten 4-6).

Apparative Ausstattung – für Krankenhausärzte

Fügen Sie bitte einen Gerätenachweis der entsprechenden Anwendungsklasse der Anzeige bei (Seiten 4-6).

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied

Gerätenachweis

Angaben über die Strahlentherapie-Einrichtung

(entsprechend den Anwendungsklassen der Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie der KBV vom 10.02.1993 in der Fassung vom 01. Oktober 2009)

Klasse I

a) NAHBESTRAHLUNGSTHERAPIE

Zur Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen der Haut sowie primären und sekundären bösartigen Tumoren der Haut einschließlich der Schleimhaut und Bindehaut

Hersteller _____

Typ _____

Baujahr _____

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Spezielle Röntgenröhren mit Tubussen für Fokus-Haut-Abstände bis 5 cm ja nein

b) WEICHSTRAHLTHERAPIE

Zur Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen der Haut sowie primären und sekundären bösartigen Tumoren der Haut einschließlich der Schleimhaut und Bindehaut

Hersteller _____

Typ _____

Baujahr _____

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Wählbare Röntgenspannung von 10 bis max. 100 kV

Eigenfilterung der Röhre: 0,5 bis 1,0 mm Beryllium ja nein

Klasse II

a) HARTSTRAHLTHERAPIE

Zur Bestrahlung gutartiger Erkrankungen und zur symptomatischen und palliativen Bestrahlung von bösartigen Geschwülsten und Metastasen

Hersteller _____

Typ _____

Baujahr _____

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Wählbare Röntgenspannung mindestens 100 kV (Orthovolttherapie) ja nein

b) Zur Bestrahlung gutartiger Erkrankungen und zur symptomatischen und palliativen Bestrahlung von bösartigen Geschwülsten und Metastasen

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Caesiumbestrahlungsgerät ja nein

Klasse III

HOCHVOLTATHERAPIE

Zur palliativen Bestrahlung von bösartigen Geschwülsten und Metastasen und zur kurativen Bestrahlung, soweit mit der Dosis der jeweils palliative oder kurative Effekt im Zielvolumen erreicht werden kann

Hersteller _____

Typ _____

Baujahr _____

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Kobaltbestrahlungsgerät Quellen-Achs-Abstand: ~ 65 cm

ja nein

Mindestanforderung an die technische Ausstattung:

Simulation oder Verifikation der Bestrahlung und Möglichkeit zur rechnergestützten Bestrahlungsplanung

ja nein

Klasse IV

HOCHVOLTATHERAPIE

Hersteller _____

Typ _____

Baujahr _____

a) Kurative und palliative Strahlentherapie

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Kobaltbestrahlungsgerät Quellen-Achs-Abstand: > 65 cm

ja nein

Mindestanforderung an die technische Ausstattung:

Simulator, Rechenanlage zur Dosisberechnung, Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten

ja nein

b) Kurative und palliative Strahlentherapie

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Teilchenbeschleuniger mit Photonenbetrieb

ja nein

Mindestanforderung an die technische Ausstattung:

Simulator, Rechenanlage zur Dosisberechnung, Möglichkeit der Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten

ja nein

c) Kurative und palliative Strahlentherapie einschließlich Elektronenbestrahlungen

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:

Teilchenbeschleuniger mit Photonen- und Elektronenbetrieb

ja nein

Mindestanforderung an die technische Ausstattung:
Simulator, Rechenanlage zur Dosisberechnung, Möglichkeit der
Bestrahlungsplanung an Schnittbildgeräten

ja nein

Klasse V

BRACHYTHERAPIE

Intrakavitäre und interstitielle Strahlen bzw. Kontrakttherapie zur Behandlung von
bösartigen Tumoren sowie von gutartigen Erkrankungen an der Körperoberfläche

Hersteller

Typ

Baujahr

Mindestanforderung an die Strahlenerzeugungssysteme:
Umschlossene Radionuklide

ja nein

Mindestanforderung an die technische Ausstattung:
Individuelle Bestrahlungsplanung und Röntgendokumentation der
Applikatorlage bei intrakavitären und interstitiellen Applikationen

ja nein

Hamburg, den _____

Unterschrift

Firmenstempel