

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie

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), 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. _____ | 0 |
| 2. _____ | 0 |
| 3. _____ | 0 |
| 4. _____ | 0 |
- 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?

Fachliche Qualifikation

- ☐ Ich bin Facharzt für Strahlentherapie
- ☐ Ich bin Facharzt für Neurochirurgie

Qualifikationsnachweise

Voraussetzung als Facharzt für Strahlentherapie:

- ➔ Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erteilt durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- ➔ Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 nach § 47 der Strahlenschutzverordnung

Voraussetzung als Facharzt für Neurochirurgie:

- ➔ Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 nach § 47 der Strahlenschutzverordnung
 - ➔ Kolloquium bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung
- ☐ Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vor Erteilung einer Genehmigung die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich ist

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von Untersuchungen wird folgende Apparatur verwendet:
(bitte ankreuzen)

☐ **dedizierter
Linearbeschleuniger**

☐ **stereotaxie-adaptierter
Linearbeschleuniger**

☐ **dediziertes
Bestrahlungsgerät mit
Kobalt-60-Gamma-
Strahlungsquellen**

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 Apparategemeinschaft** genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- ☐ Das Gerät / die Geräte sind Eigentum von: _____
- ☐ Die Lagekontrolle des Zielvolumens während der SRS erfolgt mittels geeigneter technischer Maßnahmen.

Nachfolgende aufgeführte Nachweise liegen diesem Antrag bei:

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).

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich

- ➔ die SRS erst nach begründeter positiver Empfehlung der Tumorkonferenz gemäß § 3 Absatz 5 (Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung Anlage I Nr. 40 und 41) erbracht wird
- ➔ 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 5-jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.

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 Methoden 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: 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

Unterschrift Antragsteller

Datum

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
(Name des Anstellenden)	

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum

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.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel