

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/289229

A N T R A G

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie

(Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung)

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse Telefon

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Angestellter Arzt

II. Untersuchungsumfang

Ich beantrage folgende Leistungsbereiche der stereotaktischen Radiochirurgie in der

Betriebsstätten-/ Nebenbetriebsstätten-Nr.

Ort, Straße, Hausnummer

- 25322 Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie für das erste Zielvolumen
- 25323 Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei stereotaktischer Radiochirurgie
- 25348 Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie

III. Fachliche Anforderungen zur Qualifikation

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen)
- nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja
- nein

- Ich bin Facharzt für Strahlentherapie **oder** Ich bin Facharzt für Neurochirurgie

- Ich habe die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 47 Strahlenschutzverordnung, die sich nicht nur auf die Notfalldiagnostik bezieht, erworben, sowie ggf. einen Aktualisierungskurs durchgeführt, sofern die Fachkunde vor mehr als 5 Jahren erworben wurde.

Die Teilnahme an einem Kolloquium ist für Fachärzte für Neurochirurgie obligat.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Apparative Voraussetzungen

Eine Umgangsgenehmigung der zuständigen Behörde nach dem Strahlenschutzgesetz

- ist beigelegt
- liegt der KV RLP bereits vor
- wird nachgereicht

Der Sachverständigenprüfbericht nach der Strahlenschutzverordnung

- ist beigelegt, Prüfbericht-Nr.: _____
- wird nachgereicht.

Hinweis:

Die Durchführung der Leistung darf nur mit folgenden Bestrahlungsgeräten erfolgen:

- dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS
- stereotaxie-adaptierte Linearbeschleuniger

- dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von Stereotaktischer Radiochirurgie (SRS).

Die Lagekontrolle des Zielvolumens während der SRS erfolgt mittels geeigneter technischer Maßnahmen. Für die Behandlung von Vestibularisschwannomen soll die Referenzdosis im Zielvolumen mindestens 11 Gy betragen.

V. Allgemeines

- Leistungen der Stereotaktischen Radiochirurgie dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde.
- Die Bestimmungen der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL) sind einzuhalten.
- Ich bestätige, über die in der MVB-RL Anlage 1 Nr.40 § 3 und Nr. 41 §3 geforderte apparative Ausstattung zu verfügen.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen SRS nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Aufgrund von § 14 Abs. 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie dürfen Genehmigungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen in der Strahlentherapie nur erteilt werden, wenn der Antragsteller sein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung seiner in Betrieb befindlichen Einrichtung mit den Bestimmungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie durch die von der KV RLP beauftragten Kommission erklärt.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ)

Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, MVZ, Instituts oder eine Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.

Datum

Unterschrift/Stempel Krankenhaus/MVZ/Institut/
anstellender Vertragsarzt