

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 2  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt



## Strahlentherapie

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von strahlentherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs 2. SGB V vom 10.02.1993, in der gültigen Fassung

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.  
Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

Qualitätssicherung  
Team 2

Tel 069 24741-7300  
Fax 069 24741-68832  
qs.radiologie@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

- c Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_
- c Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- c Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- c Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_



**Leistungsspektrum**

- Weichstrahl- oder Orthovolttherapie (25310) -----
- Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen (25316) -----
- Zuschlag zur GOP 25316 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung (25317) -----
- Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems (25321) -----
- Zuschlag zur GOP 25321 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung (25324) -----
- Zuschlag zur GOP 25321 bei Überschreitung der Einzeldosis  $\geq 2,5$  Gy bei bösartiger Erkrankung (25328) -----
- Zuschlag zur GOP 25321 für die Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung (25329) -----
- Moulagen- oder Flabtherapie (25330) -----
- Intrakavitäre / Intraluminale Brachytherapie (25331) -----
- Intrakavitäre vaginale Brachytherapie (25332) -----
- Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren (25333) -----
- Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (25335) -----
- Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur interstitiellen LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (25336)-----
- Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung (25340) -----
- Rechnergestützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung (25341) -----
- Rechnergestützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung (25342) -----
- Zuschlag zur GOP 25342 für die rechnerunterstützte Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT und/oder fraktionierte Stereotaxie) (25343) -----
- Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie (25345) -----

**Anforderungen an die apparative Ausstattung**

Da die Abrechnung radiologischer Leistungen standortbezogen geprüft wird, sind bei mehreren Standorten (z.B. Zweigpraxis, Belegarztztätigkeit, Amb. OP) für jeden Standort die dort verwendeten Geräte anzugeben.

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Gerätes  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Gerätes  
(Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) \_\_\_\_\_

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beizufügende Nachweise**

- Weiterbildungszeugnis / Genehmigung anderer KV .....
- Urkunde der Facharztanerkennung .....
- Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Aktualisierungskurse .....

**Angaben über die Bestrahlungsgeräte**

- Aktuelle(r) Sachverständigenprüfbericht (e) ist/sind beigefügt.....
- Genehmigung oder Anzeigebestätigung nach Strahlenschutzgesetz,  
ausgestellt durch das zuständige Regierungspräsidium .....

**Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.**

### Erklärungen und Hinweise

- Ø Nach § 2 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- Ø Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung, des Zulassungsstatus sowie Änderungen der apparativen Ausstattung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich mitzuteilen sind.
- Ø Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ø Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte:**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ  
(Institut/Klinik/Krankenhaus)  
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes

.....  
Stempel