

E-Mail: mrt-nuk-radiologie@kvno.de

Fax-Nr.: 0211 / 5970 - 33129

**Antrag auf Durchführung von Leistungen
der Stereotaktischen Radiochirurgie (SRS)
(Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gem. §135 Abs. 2 SGB V)**

Name:

LANR: (soweit bereits bekannt)

BSNR: (soweit bereits bekannt)

Privatanschrift:

Praxisanschrift:

(bei ermächtigten Ärzten Anschrift des Krankenhauses)

Straße:

.....

PLZ/Ort:

.....

Telefon:

.....

Telefax:

.....

Email:

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

I. Folgende Leistungen werden beantragt

Stereotaktische Radiochirurgie zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen (gem. Nummer 40 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) / **Hirnmetastasen** (nach Nummer 41 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

GOP 25322 EBM

GOP 25323 EBM

GOP 25348 EBM

II. Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie

Ich verfüge über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Absatz 2 SGB V

oder

Ich verfüge über eine Fachkunde nach § 47 der Strahlenschutzverordnung

oder:

Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

Ich verfüge über eine Fachkunde nach § 47 der Strahlenschutzverordnung

Mir ist bekannt, dass die erforderliche fachliche Befähigung über die Erbringung dieser Leistungen über ein Kolloquium bei der KV Nordrhein nachgewiesen werden muss.

Hinweis: Die Teilnahme an einem Kolloquium ist kostenpflichtig.

III. Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Nachstehende Anforderung an die Bestrahlungsgeräte werden erfüllt:

- Dezierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS
- Stereotaxie-adaptierte Linearbeschleuniger
- Dezierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS

Ich bestätige, dass

- die Lagekontrolle des Zielvolumens während der SRS mittels geeigneter technischer Maßnahmen erfolgt (z. B. mittels Bildgebung, stereotaktischem Rahmen oder optoelektronisch)
- die Referenzdosis im Zielvolumen für die Behandlung des Vestibularisschwannoms mindestens 11 Gy beträgt

Bitte führen Sie nachstehend Ihre Geräte auf:

Das/ die vom Hersteller vollständig ausgefüllte(n) und unterschriebene(n) Formular(e) „Herstellereklärung“

ist/ sind dem Antrag beigelegt

wird/ werden nachgereicht

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:.....

BSNR (falls bekannt):.....

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:.....

BSNR (falls bekannt):.....

Hersteller:

Gerät:

Gerätetyp:

Standort des Gerätes:.....

BSNR (falls bekannt):.....

IV. Tumorkonferenzen

Der Indikationsstellung für die Durchführung der Leistung **SRS bei interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen** liegt eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz unter Einbeziehung folgender Fachärztinnen oder Fachärzten zugrunde:

- Neurochirurgie
- Strahlentherapie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Radiologie

Hinweis: Die Begründung hat die Therapiealternativen zu berücksichtigen

Der Indikationsstellung für die Durchführung der Leistung **SRS bei Hirnmetastasen** liegt eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz unter Einbeziehung folgender Fachärztinnen oder Fachärzten zugrunde: □

- Neurologie
- Neurochirurgie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Ansprechpartner der Fachdisziplin, in deren Zuständigkeit die Behandlung des metastasierenden Primärtumors liegt, unter Berücksichtigung der Prognose der Patientin oder des Patienten

Hinweis: Die Begründung hat die Therapiealternativen zu berücksichtigen, insbesondere, ob die Hirnmetastasen nicht ausreichend durch eine medikamentöse Tumorthherapie behandelt werden können oder eine chirurgische Resektion oder eine Ganzhirnbestrahlung zu bevorzugen wäre.

V. Weitere Erklärungen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass

- die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein alle fünf Jahre nachzuweisen ist.
- ich mit einer ggf. stattfindenden Begehung meiner Praxisräume durch die von der KV Nordrhein beauftragten Qualitätssicherungskommission einverstanden bin. Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die beantragte Genehmigung versagt oder widerrufen werden kann.
- die zur Beurteilung erforderliche Dokumentation der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf deren Verlangen hin vorgelegt wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

.....
Ggf. Unterschrift des/der Antragstellenden

Anlagen:

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen Ihrem Antrag bei:

- Facharztanerkennung
- Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Bescheinigung(en) über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
- ggf. Genehmigung der Bezirksregierung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen bzw. Beschleuniger
- Anlage Herstellererklärung für das Gerät
- ggf. Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV
- ggf. aktueller Sachverständigenprüfbericht
- ggf. Genehmigung der KV Nordrhein zum Führen einer Zweigpraxis
- ggf. Bestätigung der KV Nordrhein über die Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils