



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 667, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen in der Strahlentherapie (einschl. Bestrahlungsplanung) gemäß der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993“ in der ab 01.10.2017 geltenden Fassung

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige
 Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich gemäß § 9 Abs. 1 und 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 die Abrechnungsgenehmigung für Leistungen in der allgemeinen Strahlentherapie

1. Facharzt für Strahlentherapie

Nachweis: Anerkennung als „Arzt für Strahlentherapie“ oder „Arzt für Radiologie“ mit Teilgebiet: Strahlentherapie (nach Übergangsrecht der Weiterbildungsordnung) oder „Arzt für Radiologie“ (sofern die fachliche Qualifikation für die Strahlentherapie erworben wurde).

- 1.1 **Hochvolttherapie** (EBM-Ziffern: 25320, 25321, 25322)
Bestrahlung in 3-D-Technik (EBM-Ziffer: 25323)

1.2 Brachytherapie

mit umschlossenen Radionukliden ohne Afterloading-Verfahren (EBM-Ziffern: 25330, 25331, 25332)

mit umschlossenen Radionukliden im Afterloading-Verfahren (EBM-Ziffer: 25333)

- 1.3 **Weichstrahltherapie / Orthovolttherapie** (EBM-Ziffer: 25310)

1.4 Bestrahlungsplanung

- perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung (25340 EBM)
 perkutane Bestrahlung mit Rechnerunterstützung (25341 EBM)
 Bestrahlungsplanung mit 3-D-Planung (25342 EBM)



Hiermit beantrage ich gemäß § 9 Abs. 1 und 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 die Abrechnungsgenehmigung für Leistungen in der fachgebietsspezifischen Strahlentherapie

2. Facharzt für _____

- 2.1 **Weichstrahltherapie / Orthovolttherapie** (EBM-Ziffer: 25310)

Nachweis: Zeugnis über 12monatige ständige Tätigkeit in der Orthovolttherapie unter der Leitung eines zur Weiterbildung befugten Arzt (nachgewiesene Zeiten in der Nahbestrahlung- und/oder Weichstrahltherapie können bis zu 6 Monate angerechnet werden) **UND** ggf. (§ 9 Abs.4) erfolgreiche Teilnahme am Kolloquium.

2.2 Brachytherapie

Nachweis: Zeugnis über 6monatige ständige Tätigkeit in der Brachytherapie des jeweiligen Organsystems unter der Leitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes **UND** ggf. (§ 9 Abs. 4) erfolgreiche Teilnahme am Kolloquium

mit umschlossenen Radionukliden ohne Afterloading-Verfahren (EBM-Ziffern: 25330, 25331, 25332)

mit umschlossenen Radionukliden im Afterloading-Verfahren (EBM-Ziffer: 25333)

- 2.3 **Bestrahlungsplanung** (EBM-Ziffern: 25340, 25341)

Bestrahlungsplanung mit 3-D-Planung (EBM-Ziffer: 25342)



Hiermit beantrage ich gemäß § 7 Abs. 1 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 die Abrechnungsgenehmigung für Leistungen in der Computertomographie

3. **Computertomographie zur Bestrahlungsplanung**
(gemäß Kapitel 34.3.6 EBM-Ziffer. 34360)



Hiermit beantrage ich gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (vom 10. Februar 1993 in der Fassung vom 17. September 2001)

4. **Magnetresonanztomographie zur Bestrahlungsplanung**
(gemäß Kapitel 34.4.6. EBM-Ziffer. 34460)

5. **FACHKUNDE-NACHWEISE**

Als Nachweis zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen füge ich entsprechend Abschnitt B der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 folgende Unterlagen bei:

- 5.1 Kopie der Urkunde über den Erwerb der Facharztanerkennung Weiterbildung (Facharzturkunde/ ggf. Zeugnisse)

Die Einverständniserklärung für das Einholen von Informationen über die maßgebliche Weiterbildungsordnung bei der zuständigen Landesärztekammer ist beigefügt.

- 5.2 Kopie der Zeugnisse über die entsprechende strahlentherapeutische Weiterbildung (nicht bei FÄ f. Strahlentherapie erforderlich)

- 5.3 Nachweis der erforderlichen Strahlenschutz-Fachkunde gemäß § 30 der Strahlenschutzverordnung
,Gesamtgebiet der Strahlenbehandlungen (Teletherapie und Brachytherapie)'
(Urkunde der Ärztekammer ist beigefügt)

- 5.4 Nachweis der erforderlichen Strahlenschutz-Fachkunde gemäß § 18 a der Röntgenverordnung (RöV) oder § 45 Absätze 6 bis 8 RöV (Übergangsvorschriften)
,Röntgentherapie'
(Urkunde der Ärztekammer ist beigefügt)

,Therapieplanung mit bildgebenden Verfahren'
(Urkunde der Ärztekammer ist beigefügt)

- 5.5 Bescheinigung über erfolgreiche Teilnahme an einem anerkannten Kurs zur Aktualisierung der Strahlenschutzfachkunde (falls der Fachkundenachweis länger als 5 Jahre zurückliegt)

Als Nachweis zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen für die MR-Bestrahlungsplanung füge ich entsprechend der Kernspintomographie-Vereinbarung vom 10.02.1993 folgende Unterlagen bei:



5.6 Die Genehmigung der KV Berlin zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen in der allgemeinen Kernspintomographie

5.7 Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, eine der folgenden Leistungen zu erbringen:

- Strahlentherapie Ja (Kopie des Bescheides ist beigefügt) Nein
- CT-Bestrahlungsplanung Ja (Kopie des Bescheides ist beigefügt) Nein
- MR-Bestrahlungsplanung Ja (Kopie des Bescheides ist beigefügt) Nein

6. **APPARATIVER NACHWEIS:**

6.1 **Art der Einrichtung(en)**

Folgende Einrichtung(en) zur **Strahlentherapie** sind vorhanden:

1. Gerätetyp:.....
 – Hersteller:.....
 – Baujahr/Datum Inbetriebnahme:...../.....
 – Anwendungs-klasse (gemäß Anlage II der Vereinbarung):.....
2. Gerätetyp:.....
 – Hersteller:.....
 – Baujahr/Datum Inbetriebnahme:...../.....
 – Anwendungs-klasse (gemäß Anlage II der Vereinbarung):.....
3. Gerätetyp:.....
 – Hersteller:.....
 – Baujahr/Datum Inbetriebnahme:...../.....
 – Anwendungs-klasse (gemäß Anlage II der Vereinbarung):.....

Folgende Einrichtung(en) zur **CT-Bestrahlungsplanung** sind vorhanden:

1. Gerätetyp:.....
 – Hersteller:.....
 – Baujahr/Datum Inbetriebnahme:...../.....
 – Anwendungs-klasse (gemäß Anlage I der Vereinbarung):.....
2. Gerätetyp:.....
 – Hersteller:.....
 – Baujahr/Datum Inbetriebnahme:...../.....
 – Anwendungs-klasse (gemäß Anlage I der Vereinbarung):.....

Folgende Einrichtung(en) zur **MR-Bestrahlungsplanung** sind vorhanden:

3. Gerätetyp:.....
 – Hersteller:.....
 – Baujahr/Datum Inbetriebnahme:...../.....

Hinweis: Bitte ggf. ergänzende Mitteilungen über die apparative Ausstattung auf einem separaten Bogen beifügen.



6.2 Technische Voraussetzungen:

der obligatorische vom Hersteller ausgefüllte GERÄTENACHWEIS:

- ist beigefügt
- wird nachgereicht

Anmerkung: Die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik zu stellenden Anforderungen an eine "ausreichende apparative Ausstattung" (*Mindestanforderungen*) ergeben sich aus § 12 i.V.m. Anlage II (Strahlentherapie), § 11 i.V.m. Anlage I (CT) der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie aus der Anlage 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung.

6.3 Standorte:

6.3.1 Die strahlentherapeutische Einrichtung ist mein Eigentum und am Standort der Hauptbetriebsstätte aufgestellt

6.3.2 Die strahlentherapeutische Einrichtung befindet sich an den Nebenbetriebsstätten:

1. _____ Anschritt,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
2. _____ Anschritt,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
3. _____ Anschritt,	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										

6.3.3 Die strahlentherapeutische Einrichtung wird im Rahmen einer **Apparategemeinschaft** genutzt.

Standort:.....

Eigentümer:.....

Eine entsprechende Mitnutzungsbestätigung des Geräteeigentümers (einschließlich Angabe zu den Nutzungszeiten) liegt bei.

6.3.4 Es liegt ein Wechsel des Gerätestandortes vor.
(bisherige/r Standort/e wird/werden nicht mehr genutzt.)

6.3.5 Es handelt sich um einen zusätzlichen Standort.
(bisherige/r Standort/e wird/werden weiter genutzt.)

6.4 Sachverständigenbericht:

Kopien der Sachverständigenprotokolle (Betriebserlaubnis) des TÜV's bzw. Landesamtes für das Mess- und Eichwesen über die strahlentherapeutischen Einrichtungen sowie die Computertomographen (gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

- sind beigefügt
- werden nachgereicht

Hinweis: Der Sachverständigenbericht darf nicht älter als 5 Jahre sein.



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von strahlentherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach erfolgreicher Teilnahme an einem ggf. erforderlichen Kolloquium und nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist** (gemäß § 14 Abs. 1 der Vereinbarung)

Hiermit bestätige ich, dass ich

- die gemäß Strahlenschutzverordnung vorgeschriebenen Bestrahlungsprotokolle führen werden und erkläre mich damit einverstanden, dass die Strahlentherapie-Einrichtungen bzw. die Bestrahlungsprotokolle jederzeit von der KV Berlin eingesehen werden können;
- für die Durchführung der Strahlentherapie eine entsprechende Haftpflichtversicherung abschließen werde
- jede Änderung oder Ergänzung meiner zugelassenen Strahlentherapieeinrichtung der KV Berlin unverzüglich mitteilen werde (§ 14 Abs. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie);
- nach jeder erfolgten Sachverständigenprüfung, spätestens jedoch alle 5 Jahre, der Abteilung Qualitätssicherung unaufgefordert den aktuellen Prüfbericht zur Verfügung stelle
- mich einverstanden erkläre, dass die Radiologie-Qualitätssicherungs-Kommission, die im Betrieb befindliche(n) Einrichtung(en) daraufhin überprüfen kann, ob sie die Bestimmungen gemäß der Anlage I - II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechen (§ 14 Abs. 4);
- ein geeigneter Strahlenschutz für Personal vorhanden bzw. bestellt ist sowie
- gem. § 30 StrlSchV bzw. 18a RöV die erforderliche Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz fristgerecht bei der Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin einreichen werde.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zur Antragsbearbeitung:

Unvollständig ausgefüllte Antragsformulare, fehlende Nachweise sowie Verweise auf bereits vorliegende Unterlagen verzögern das Bearbeitungsverfahren.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + Praxisstempel

.....
Unterschrift Ärztlicher Leiter

Anlagen: - Facharzturkunde
- Strahlenschutzfachkunden
- Gerätenachweise
- Sachverständigenprotokolle