



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-667  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel
---------------

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen in der Strahlentherapie (einschl. Bestrahlungsplanung)**

gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß §135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <hr/> <p>Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes</p>										

<p>Grund der Antragstellung</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)</p> <p>Genehmigung beantragt zum</p> <p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<p><input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs</p> <hr/> <p>Datum</p> <hr/> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>
---	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistungsort**

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt  
 Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt  
 Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigefügt

Bitte beachten Sie, dass die Mitnutzung eines Gerätes ein vom Eigentümer gesondert ausgefülltes Formular >>Bestätigung über eine Apparategemeinschaft<< erfordert.

Adresse

Bei weiteren Leistungsorten fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

**Leistung**

- GOP 25310 EBM - Weichstrahl- oder Orthovolttherapie

Hochvolttherapie

- GOP 25316 EBM - Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen  
 GOP 25321 EBM - Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems

Brachytherapie

- GOP 25330 EBM - mit umschlossenen Radionukliden ohne Afterloading-Verfahren Moulagen- oder Flabtherapie  
 GOP 25331 EBM - Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie  
 GOP 25333 EBM - mit umschlossenen Radionukliden im Afterloading-Verfahren- Interstitielle Brachytherapie

Bestrahlungsplanung

- GOP 25340 EBM - Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung  
 GOP 25341 EBM - Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung  
 GOP 25342 EBM - Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung



- GOP 25345 EBM Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie
- GOP 34360 EBM - Bestrahlungsplanung CT (CT-gesteuerte Untersuchung für die Bestrahlung bei Tele- oder Brachytherapie)
- GOP 34460 EBM - Bestrahlungsplanung MRT (MRT- gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlung bei Tele- oder Brachytherapie)

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Nachweise gemäß §§ 7 und 9 i. V. m. § 16 QS Vereinbarung**

bei Vorliegen der Facharztanerkennung Strahlentherapie

- Facharzturkunde für Strahlentherapie
- Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV
- Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist)

bei Nichtvorliegen der Facharztanerkennung Strahlentherapie

- Facharzturkunde für \_\_\_\_\_
- Nachweis ausreichende Zeugnisse über die fachliche Befähigung  
*Die fachliche Befähigung bei Nichtvorliegen der Facharztanerkennung Strahlentherapie muss zusätzlich in einem Kolloquium nachgewiesen werden.*
- Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV
- Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist)

**Apparative Nachweise gemäß §§ 12 u. 14 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie**

Strahlentherapiegeräte

- Sachverständigenprotokoll des TÜV bzw. Landesamtes für Mess- und Eichwesen über die radiologische Einrichtung, das nicht älter als 5 Jahre alt ist
- Behördliche Genehmigung (LAGetSi) für den Betrieb einer Anlage zur Erzeugung von ionisierender Strahlung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 StrlSchG (Linearbeschleuniger)
- Behördliche Genehmigung (LAGetSi) für den Umgang mit radioaktiven Stoffen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchG (Brachytherapie)

CT zur Bestrahlungsplanung

- Sachverständigenprotokoll des TÜV bzw. Landesamtes für Mess- und Eichwesen über die radiologische Einrichtung, das nicht älter als 5 Jahre alt ist
- Anzeigebestätigung über die Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung der zuständigen Behörde (LAGetSi) nach StrlSchG **oder**
- Kopie der Anzeige der Inbetriebnahme einer Röntgeneinrichtung bei der zuständigen Behörde (LAGetSi) **und**



- Kopie der Meldung der Röntgeneinrichtung bei der Ärztlichen Stelle Röntgen **und**
- Es wird bestätigt, dass eine Untersagung der Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung durch die Behörde bisher nicht erfolgte

MRT zur Bestrahlungsplanung

(gemäß § 5 der QS-Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie)

- Gerätenachweis des Herstellers  
Bitte das Formular zum Gerätenachweis verwenden.

Strahlentherapiegeräte	Gerätetyp (genaue Bezeichnung)	Hersteller	Datum der Inbetriebnahme	Baujahr
Betriebsstätte				
Nebenbetriebsstätte 1				
Ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis				
Apparategemeinschaft				

CT zur Bestrahlungsplanung	Gerätetyp (genaue Bezeichnung)	Hersteller	Datum der Inbetriebnahme	Baujahr
Betriebsstätte				
Nebenbetriebsstätte 1				
Ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis				
Apparategemeinschaft				

MRT zur Bestrahlungsplanung	Gerätetyp (genaue Bezeichnung)	Hersteller	Datum der Inbetriebnahme	Baujahr
Betriebsstätte				
Nebenbetriebsstätte 1				
Ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis				
Apparategemeinschaft				

Bei weiteren Geräten fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.



## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Jede Veränderung an dem zugelassenen Gerät (durch Verlegung, Umbau oder Neuanschaffung) sowie Änderungen der Bauartzulassung ist unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin schriftlich anzuzeigen.

Die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung ist nach Ablauf der 5jährigen Frist termingerecht und unaufgefordert bei der KV Berlin einzureichen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Strahlendiagnostik und –therapie entsprechen, wird erklärt.

Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Antragsteller  
(sofern abweichend vom Antragsteller)