

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

→ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie – im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** nach 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)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

4. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

- Therapie mit weichen Strahlen
- Therapie mit harten Strahlen
- Therapie mit ultraharten Strahlen
(Hochvolttherapie / bei Verwendung eines Kobaltbestrahlungsgerätes mit einem Quellen-Achs-
Abstand ≤ 65 cm)
- Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)
- Brachytherapie
- Stereotaktische Radiochirurgie (SRS)

3. Fachliche Voraussetzungen

3.1 komplette Strahlentherapie

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Strahlentherapie“
- und**
- Nachweis über die **Fachkunde im Strahlenschutz** und ggf. Bescheinigung über die **Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz**, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV.

3.2 Nahbestrahlungs-, Weichteil-, Orthovolt- und Brachytherapie

- Ärztinnen und Ärzte, die nicht berechtigt sind, die Facharztbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Strahlentherapie“ zu führen, müssen für Nahbestrahlungs-, Weichteil-, Orthovolt- und Brachytherapie (soweit diese nicht von vornherein fachgebietsfremd ist) ihre jeweilige fachliche Befähigung in einem Kolloquium nachweisen
- und**
- eine Bescheinigung über die **Fachkunde im Strahlenschutz** und ggf. über die **Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz** vorlegen, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV.
(Die Fachkunde im Strahlenschutz muss vor Ableistung des Kolloquiums vorliegen!)

3.3 Stereotaktische Radiochirurgie (SRS)

- Leistungserbringung durch **Strahlentherapeuten**

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Strahlentherapie“
und

Nachweis über die Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV.

- Leistungserbringung durch **Neurochirurgen** (vgl. § 9 Abs. 3 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie)

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Neurochirurgie“
und

Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderlichen **Fachkunde für das Anwendungsgebiet Teletherapie (Beschleuniger und Gammabestrahlungseinrichtungen), beschränkt auf stereotaktische Bestrahlungen an Kopf und Körper mit den Gamma Knife und Cyberknife** und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 StrlSchV

Teilnahme an einem Kolloquium

4. Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von strahlentherapeutischen Leistungen benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätebezeichnung: _____	Standort des Geräts: BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
2. Gerätebezeichnung: _____	Standort des Geräts: BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3. Gerätebezeichnung: _____	Standort des Geräts: BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
4. Gerätebezeichnung: _____	Standort des Geräts: BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Gemeinsame Apparaturnutzung

nein

ja,

oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit

Titel _____ Name _____, Vorname _____

oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit
Titel _____ Name _____, Vorname _____

oben unter Nr. _____ bezeichnete/s Gerät/e mit
Titel _____ Name _____, Vorname _____

Bitte die **Erklärung/en zur Apparategemeinschaft** (separates Formular) beifügen.

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 12 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sind (ggf. pro Gerät) folgende Bescheinigungen vorzulegen:

- Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. Nr. 3 StrlSchG.
oder
- Der Bescheid des Bayerischen Landesamts für Umwelt wird von mir unverzüglich nach Erhalt bei der KVB, Qualitätssicherung, 80684 München, eingereicht.**
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 StrlSchV
- Alternativ - bei gemeinsamer Apparatennutzung: Die o. g. Bescheinigungen liegen der KVB bereits vor.
- Jede **Veränderung am Bestrahlungsgerät sowie Änderungen der Umgangsgenehmigung werden** der KVB, Qualitätssicherung, 80684 München, **unverzüglich mitgeteilt**, vgl. § 14 Abs. 3 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.

Apparative Ausstattung für die Durchführung von Leistungen der SRS

Nachstehende Anforderungen an das/die Bestrahlungsgerät/e werden erfüllt:

- Dezierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS
- Stereotaxie-adaptierte Linearbeschleuniger
- Dezierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS
- Zum Nachweis ist der Sachverständigenprüfbericht oder eine Bescheinigung des Herstellers beigefügt.
Alternativ:
 Der Sachverständigenprüfbericht oder die Herstellererklärung mit den o. g. Nachweisen liegt der KVB bereits vor.

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 Vestibularschwannoms mindestens 11 Gy beträgt.

5. Organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung von Leistungen der SRS

Die nachfolgenden organisatorischen Voraussetzungen nach Abschnitt D, § 13 a, QSV sind erfüllt

- Der Indikationsstellung zur SRS zur Behandlung von Vestibularisschwannomenen liegt eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz unter Einbeziehung folgender Fachärztinnen und Fachärzte zugrunde:
- Neurochirurgie
 - Strahlentherapie
 - Radiologie
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Hinweis: Die Begründung hat die Therapiealternativen zu berücksichtigen.
- Der Indikationsstellung zur SRS zur Behandlung von Hirnmetastasen liegt eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz unter Einbeziehung folgender Fachärztinnen und Fachärzte zugrunde:
- Neurochirurgie
 - Strahlentherapie
 - Radiologie
 - Neurologie
 - 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.


6. ärztliche Dokumentation bei Durchführung von Leistungen der SRS

- Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind die begründete positive Empfehlung der interdisziplinären Tumorkonferenz, die an der Empfehlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte und, falls zutreffend, die Entscheidung über das Vorliegen eines Lokalrezidivs oder einer neuen Metastase patientenbezogen zu dokumentieren.
- Die zur Beurteilung erforderliche Dokumentation ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen hin vorzulegen

- Ich bin einverstanden, dass die KVB durch die zuständige Qualitätssicherungskommission eine Praxisbegehung nach § 14 Abs. 4 QSV zur Überprüfung der im Betrieb befindlichen Einrichtungen dahingehend vornehmen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie entsprechen.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.


Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei. Hiervon ausgenommen sind (Aktualisierungen von) Fachkundebescheinigungen im Strahlenschutz, welche auch in einfacher Kopie vorgelegt werden können.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum


Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde über die Facharztbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Strahlentherapie“ oder Urkunde über eine andere Facharztbezeichnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Bescheid des Bayerischen Landesamts für Umwelt (Umgangsgenehmigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ggf. Erklärung/en zur Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** erfordert beim Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung grundsätzlich anwesend ist. Leistungen, die nicht delegierbar sind, sind vom Arzt persönlich oder von einem hierfür qualifizierten angestellten Arzt oder genehmigten Assistenten zu erbringen.

Der Volltext der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie ist unter <http://www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.php> abrufbar.