

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

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:

- Klasse I:** Therapie mit weichen Strahlen
- Klasse II:** Therapie mit harten Strahlen
- Klasse III:** Therapie mit ultraharten Strahlen
(Hochvolttherapie / bei Verwendung eines Kobaltbestrahlungsgerätes mit einem Quellen-Achs-
Abstand \leq 65 cm)
- Klasse IV:** Therapie mit ultraharten Strahlen (Hochvolttherapie)
- Klasse V:** Brachytherapie

3. Fachliche Voraussetzungen

3.1 Nahbestrahlungs-, Weichstrahl- und Orthovolttherapie (Klasse I und II)

- Nachweis der **für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde** und ggf. Bescheinigung über die **Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz** nach § 18 a i. V. m. § 3 Abs. 4 Nummer 3 und § 45 (Übergangsvorschriften) der Röntgenverordnung

und

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Arzt für Strahlentherapie“ oder „Arzt für Radiologie, Teilgebiet Strahlentherapie“ (nach Übergangsrecht der Weiterbildungsordnung) oder „Arzt für Radiologie“ (sofern die fachliche Qualifikation für die Strahlentherapie erworben wurde)

oder

- Nachweis über die Weiterbildung in fachgebietsspezifischer Nahbestrahlungs-, Weichstrahl- und Orthovolttherapie, sofern die Weiterbildungsordnung für diese Weiterbildung den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vorschreibt.

oder

- Für die Nahbestrahlungstherapie**

Nachweis über eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit in dieser Strahlentherapie unter der Leitung eines dazu ermächtigten Arztes (s. Hinweise dazu im Anhang)

oder

- Für die Weichstrahltherapie**

Nachweis über eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit in der Strahlentherapie von Hautkrankheiten unter der Leitung eines dazu ermächtigten Arztes (s. Hinweise dazu im Anhang)

oder

Für die Orthovolttherapie
Nachweis über eine mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in dieser Strahlentherapie unter der Leitung eines dazu ermächtigten Arztes (s. Hinweise dazu im Anhang)

Die fachliche Qualifikation für die Nahbestrahlungs-, Weichstrahl- und Orthovolttherapie muss zusätzlich in einem **Kolloquium** nachgewiesen werden.

3.2 Hochvolttherapie (Klasse III und IV)

Bescheinigung über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

und

Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Arzt für Strahlentherapie“ oder „Arzt für Radiologie, Teilgebiet Strahlentherapie“ (nach Übergangsrecht der Weiterbildungsordnung) oder „Arzt für Radiologie“ (sofern die fachliche Qualifikation für die Strahlentherapie erworben wurde)

3.3 Brachytherapie (Klasse V)

Bescheinigung über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

und

Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Arzt für Strahlentherapie“ oder „Arzt für Radiologie, Teilgebiet Strahlentherapie“ (nach Übergangsrecht der Weiterbildungsordnung) oder „Arzt für Radiologie“ (sofern die fachliche Qualifikation für die Strahlentherapie erworben wurde)

oder

Nachweis über die Weiterbildung in fachgebietsspezifischer Brachytherapie, sofern die Weiterbildungsordnung für diese Weiterbildung den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vorschreibt.

oder

Nachweis über eine mindestens 6-monatige ständige Tätigkeit in der Brachytherapie des jeweiligen Organbereichs unter der Leitung eines dazu ermächtigten Arztes
Die fachliche Qualifikation muss zusätzlich in einem **Kolloquium** nachgewiesen werden.

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 und Anlage II der Vereinbarung für Strahlendiagnostik und -therapie wird **pro Gerät** eine **Gewährleistungserklärung des Herstellers** vorgelegt.

Alternativ - bei gemeinsamer Apparaturnutzung:

Die Gewährleistungserklärung/en des/der oben genannten Kollegen liegt/liegen der KVB bereits vor.


Jede **Veränderung am Bestrahlungsgerät wird** der KVB, Qualitätssicherung, 80684 München, **unverzüglich mitgeteilt**, vgl. § 14 Abs. 3 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.

Die Apparatur darf nur nach Genehmigung durch das Gewerbeaufsichtsamt gemäß § 3 Abs.1 der Röntgenverordnung / nach Bestätigung der Anzeige gemäß § 4 der Röntgenverordnung bzw. nach Umgangsgenehmigung nach § 3 Abs. 1 der Strahlenschutzverordnung betrieben werden. Dies trifft auch für die Mitnutzung der Apparatur in Apparategemeinschaft zu. **Der Genehmigungsbescheid / die Bestätigung der Anzeige des zuständigen Gewerbeaufsichtsamtes bzw. der Bescheid des Bayerischen Landesamts für Umwelt wird von mir unverzüglich nach Erhalt bei der KVB, Qualitätssicherung, 80684 München, eingereicht.**

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/n über eine der unter 3. genannten Facharztbezeichnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ggf. Zeugnis/se über die Weiterbildung in fachgebietspezifischer Nahbestrahlungs-, Weichstrahl- und/ oder Orthovolttherapie (s. Hinweise dazu im Anhang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nachweis der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Gewährleistungserklärung/en des Herstellers zum Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ggf. Erklärung/en zur Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Bescheid des Gewerbeaufsichtsamts bzw. des Bayerischen Landesamts für Umwelt	<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.

Die in der Nahbestrahlungs- und/oder Weichstrahltherapie nachgewiesenen Zeiten können bis zu sechs Monaten auf die erforderlichen Zeiten in der Orthovolttherapie angerechnet werden. Die für die Nahbestrahlungstherapie und/oder Weichstrahltherapie nachzuweisenden Zeiten können innerhalb der nachzuweisenden Zeiten für die Orthovolttherapie abgeleistet werden.

Bitte beachten Sie, dass die Zeugnisse von dem zur Weiterbildung ermächtigten Arzt unterzeichnet sein und insbesondere folgende Angaben enthalten müssen:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung stattfand,
- Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken, Zahl der vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten sowie die Zahl der selbständig durchgeführten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen,
- Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Untersuchungen bestimmter Organe und zur selbständigen Anwendung bestimmter Untersuchungstechniken.

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