

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an [qs@kvt.de](mailto:qs@kvt.de) ein.**

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie

(gemäß „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))

**Antragsteller**

.....  
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

**Leistungserbringer**

sofern abweichend vom Antragsteller,  
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon: .....

Praxis: ..... privat: .....

E-Mail: .....

**Ort der Leistungserbringung**

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen  
(Nebenbetriebsstätte) .....

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt .....

in einem MVZ .....

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein       ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

<b>Beantragte Leistung/en</b>
-------------------------------

<b>Weichstrahl- oder Orthovolttherapie</b>		
25310	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	<input type="checkbox"/>
<b>Hochvolttherapie</b>		
25316	Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
25317	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen	<input type="checkbox"/>
25321	Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems	<input type="checkbox"/>
25324	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen	<input type="checkbox"/>
25328	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy	<input type="checkbox"/>
25329	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	<input type="checkbox"/>
<b>Brachytherapie</b>		
25330	Moulagen- oder Flabtherapie	<input type="checkbox"/>
25331	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	<input type="checkbox"/>
25332	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	<input type="checkbox"/>
25333	Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren	<input type="checkbox"/>
<b>Bestrahlungsplanung</b>		
25340	Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung	<input type="checkbox"/>
25341	Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung	<input type="checkbox"/>
25342	Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung	<input type="checkbox"/>
25343	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25342 für die rechnerunterstützte Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT und/oder fraktionierte Stereotaxie)	<input type="checkbox"/>
25345	Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	<input type="checkbox"/>

### Fachliche Voraussetzungen (gem. § 9 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Strahlentherapie<br><b>und</b>  |
| <input type="checkbox"/> Anerkennung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 Strahlenschutzverordnung<br><b>oder</b>  |
| <input type="checkbox"/> weiterer Facharzt<br><b>und</b>  |
| <input type="checkbox"/> Anerkennung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 Strahlenschutzverordnung<br><b>und</b>   |
| <input type="checkbox"/> Zeugnisse und Bescheinigungen über den Erwerb der fachlichen Befähigung im Rahmen einer strahlentherapeutischen Tätigkeit entsprechend den Anforderungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie<br><b>und</b> |
| erfolgreiche Teilnahme an einem <b>Kolloquium</b> .   |

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

### Apparative Voraussetzungen (gem. § 12 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)

Bitte fügen Sie dem Antrag auf strahlentherapeutische Leistungen die Anlage 1 (Gerätemeldung) ausgefüllt bei.

- Umgangsgenehmigung  
(Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. Nr. 3 Strahlenschutzgesetz (ausgestellt durch Landesverwaltungsamt))
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 Strahlenschutzverordnung

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de) → Themen A-Z.

### Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Radiologie der KV Thüringen die apparative Ausstattung in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der "Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie" entspricht.

Mir ist mir bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach § 14 Abs. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie Änderungen an der behördlichen Genehmigung nach StrlSchG unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Von den derzeit gültigen Bestimmungen über die Durchführung radiologischer Untersuchungen habe ich Kenntnis genommen. Desgleichen von den Vorschriften über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*

*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.