

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie bei  
Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**  
**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.  
 Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_  
 Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.  
 Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_  
 Ich bin in einem MVZ tätig.  
 Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.  
 Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.**

#### Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie.
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie“ habe ich beigefügt.
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Strahlentherapie“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigefügt.
- Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigefügt (nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist).
- Ich bin Fachärztin/Facharzt für Neurochirurgie.
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Neurochirurgie“ habe ich beigefügt.
- Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Arztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Neurochirurgie“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Die Fachkunde im Strahlenschutz nach § 47 StrlSchV habe ich beigefügt.
- Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz habe ich beigefügt (nur erforderlich, wenn die Fachkunde älter als 5 Jahre ist).

**Hinweis: Die Genehmigungserteilung für das Fachgebiet Neurochirurgie setzt die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium voraus.**

#### Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Für die Durchführung von stereotaktischen Radiochirurgie benutze ich folgende/s Gerät/e:

1. Gerätbezeichnung: \_\_\_\_\_ Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_  
BSNR: \_\_\_\_\_
2. Gerätbezeichnung: \_\_\_\_\_ Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_  
BSNR: \_\_\_\_\_
3. Gerätbezeichnung: \_\_\_\_\_ Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_  
BSNR: \_\_\_\_\_
4. Gerätbezeichnung: \_\_\_\_\_ Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_  
BSNR: \_\_\_\_\_

Gemeinsame Nutzung des/der Geräte/es

- nein  
 ja,

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

unter Nr. \_\_\_\_\_ bezeichnete/s Gerät/e in Apparatenutzung mit:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Eine formlose Mitbenutzergenehmigung des Eigentümers ist beigefügt.

Die Genehmigung zum Betrieb der Anlage des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigefügt.

Die Umgangsberechtigung des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ist beigefügt.

Die Betriebserlaubnis (TÜV-Bericht) ist beigefügt.

Jede Änderung der apparativen Ausstattung sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werden der KVSA unverzüglich mitgeteilt.

**Hinweis: Die stereotaktische Radiochirurgie darf nur mit folgenden Bestrahlungsgeräten erbracht werden:**

- **dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS**
- **stereotaxieadaptierte Linearbeschleuniger**
- **dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS**

### Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVSA 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.

Mir ist bekannt, dass der Indikationsstellung gemäß § 13a der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie in Verbindung mit Nr. 40 und Nr. 41 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz zugrunde zu legen ist.

---

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw.  
des angestellten Arztes

---

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden  
Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

---

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte