



Ärztekammer Westfalen-Lippe • Postfach 4067 • 48022 Münster

Gartenstraße 210 – 214
48147 Münster
Tel.: 0251 929 – 0
www.aekwl.de/aest



**Ressort Qualitätssicherung
Ärztliche Stelle StrlSchV**

Rückfragen an: Dilek Braatz
Tel.: 0251 929 – 2626
Fax: 0251 929 – 2649
Mail: Strahlenschutz@aekwl.de

Münster 08. Februar 2023

**Qualitätssicherung Strahlentherapie nach Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) vom
29.11.2018**

(Standort: Muster / ID: xx)

hier: Ankündigung, Terminabsprache, Erfassung des Leistungsspektrums

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Qualitätssicherung nach StrlSchV werden in Kürze von Ihnen Unterlagen durch die Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe angefordert.

Zur Vorbereitung dieser Anforderung benötigen wir noch die Angabe Ihres therapeutischen Leistungsspektrums, separat für Teletherapien, Brachytherapien sowie Therapien mittels Röntgenstrahlen.

Als Anlage übersenden wir Ihnen einen Erfassungsbogen zum strahlentherapeutischen Leistungsspektrum Ihrer Abteilung / Praxis. Bitte kreuzen Sie auf dem Erfassungsbogen jeweils auf der linken Seite der Einzelpositionen an, welche Strahlentherapien Sie tatsächlich durchführen. Auf der rechten Seite der Einzelpositionen kreuzen Sie bitte die drei am häufigsten durchgeführten Therapien an.

Als weitere Anlage erhalten Sie eine Aufstellung über die von Ihnen gemeldeten und von Ihnen benutzten strahlentherapeutischen Geräte. Bitte teilen Sie uns ggf. Name und Anschrift von Mitbenutzern mit eigener Genehmigung mit. Wir bitten Sie, diese Auflistung zu überprüfen und ggf. Änderungen / Ergänzungen zu vermerken.

Die Überprüfung wird vor Ort durch eine Kommission der ÄSt. WL durchgeführt werden. Bitte nennen Sie uns mindestens 3 Termine Ihrer Wahl aus der anliegenden Terminvorschlagsliste.

Bitte senden Sie den beigegefügtten strahlentherapeutischen Erfassungsbogen, die Aufstellung der strahlentherapeutischen Geräte und ihre Terminangebote bis zum

Datum

an die Ärztliche Stelle zurück.

Zeitnah werden Sie dann die Terminbestätigung und eine Auflistung der bereitzustellenden Unterlagen nach StrlSchV erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Ärztekammer Westfalen-Lippe

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Leistungsverzeichnis Strahlentherapie

Behandlung wird bei uns durchgeführt	-Teletherapie-	Behandlung gehört zu den 3 bei uns am häufigsten durchgeführten
☐	Hirntumore	☐
☐	Kopf,- Halstumore	☐
☐	Tumore der Thoraxorgane	☐
☐	Tumore im Abdomen	☐
☐	Tumore der männlichen Genitalorgane	☐
☐	Tumore der weiblichen Genitalorgane	☐
☐	Tumore der Mamma	☐
☐	Entzündungsbestrahlung / Schmerzbestrahlung gutartiger Erkrankungen	☐
☐	Tumore der Harnorgane	☐
☐	Tumore der Bewegungs- und Stützorgane	☐
☐	Maligne Systemerkrankungen	☐
☐	Maligne Erkrankungen im Kindesalter	☐
☐	Behandlungen im Rahmen von Studien	☐

 Datum

 Unterschrift des Strahlenschutzverantwortlichen

Leistungsverzeichnis Strahlentherapie

Behandlung wird bei uns durchgeführt	-Brachytherapie-	Behandlung gehört zu den 3 bei uns am häufigsten durchgeführten
☐	Tumore der weiblichen Genitalorgane	☐
☐	Tumore der Thoraxorgane	☐
☐	Tumore der männlichen Genitalorgane	☐
☐	Tumore der männlichen Genitalorgane (Prostata/Seed-Therapie)	☐
☐	Sonstige Entitäten	☐
☐	Behandlungen im Rahmen von Studien	☐

Datum

Unterschrift des Strahlenschutzverantwortlichen

Leistungsverzeichnis Röntgentherapie

Behandlung wird bei uns durchgeführt	-Röntgentherapie-
☐	• maligne Tumore
☐	• Degenerative Erkrankungen / Schmerzbestrahlung

 Datum

 Unterschrift des Strahlenschutzverantwortlichen

Wird ein IGRT-Verfahren angewendet? Wenn ja, welches	☐ ja ☐ nein	Kommentar
a) planare MV-Bildgebung (EPID)	☐ ja ☐ nein	
b) planare kV-Bildgebung (OBI)	☐ ja ☐ nein	
c) Cone-Beam-CT (CBCT) (kV und MV)	☐ ja ☐ nein	KV- oder MV-CBCT?
d) CT im Bestrahlungsraum	☐ ja ☐ nein	
e) Stereoskopie (ExacTrac)	☐ ja ☐ nein	
f) Ultraschall	☐ ja ☐ nein	
g) oberflächenbasierte Positionierung	☐ ja ☐ nein	
h) Atemtriggerung (Respiratory Gating)	☐ ja ☐ nein	
Werden IMRT-Verfahren angewandt?	☐ ja ☐ nein	
In welcher Form liegen die Unterlagen vor?	analog / digital	
a) Patientenakten	☐ ☐	
b) Behandlungspläne	☐ ☐	
c) Verifikationen	☐ ☐	
d) SOPs	☐ ☐	

Datum

Unterschrift des Strahlenschutzverantwortlichen

In Ihrer Abteilung / Praxis benutzte strahlentherapeutische Geräte	Mitbenutzer mit eigener Genehmigung
Afterloading	
Röntgentherapie	
Linearbeschleuniger	
C-Bogen	
CT	

Datum

Unterschrift des Strahlenschutzverantwortlichen

Durch die Ärztliche Stelle vorgeschlagene Termine	Diese Termine (mindestens 3) können von mir (Betreiber) akzeptiert werden
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
Datum	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐