

Antrag auf Genehmigung:

Diagnostische Positronenemissionstomographie, diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie und Positronenemissionstomographie (PSMA-PET/CT) – QS-Vereinbarung PET, PET/CT

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Leistungen

- I Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) inklusive (PSMA-PET)
- II Diagnostische Positronenemissionstomographie inklusive Computertomographie (PET/CT) inklusive (PSMA-PET/CT)

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

I	II	Nr.	Indikationen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alle Indikationen der QS-Vereinbarung PET, PET/CT.
			oder einzelne Indikationen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	Charakterisierung von Lungenrundherden, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	Staging-Untersuchungen beim Hodgkin-Lymphom bei Erwachsenen bei Ersterkrankung und bei rezidivierter Erkrankung. Ausgenommen hiervon ist der Einsatz der PET in der Routine-Nachsorge von Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv des Hodgkin-Lymphoms.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder unbekanntem Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	Maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	Initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	Entscheidung über die Durchführung einer zugelassenen nuklearmedizinischen Therapie mit (¹⁷⁷ Lu)Lutetium-vipivotidtetraacetat bei Patienten mit einem progredienten, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRRC), die zuvor mittels Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden.

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Gebietsbezeichnung Nuklearmedizin
oder
 - Gebietsbezeichnung Radiologie, sofern die geltende Weiterbildung ihn berechtigt, PET zu erbringen.
- und
- Durchführung von 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung
 - Die Anleitung erfolgt durch einen Arzt, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt Nuklearmedizin befugt ist und die fachliche Befähigung dieser Vereinbarung erfüllt.
oder
 - Ohne Anleitung, sofern die PET-Untersuchungen im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztztätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden.

- Kenntnissen und Erfahrungen in der Einordnung von PET-Befunden in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z.B. CT oder MRT), zu erwerben durch Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT mit PET-Befunden.

- **Ausschließlich für PET/CT bei Verwendung eines kombinierten PET/CT-Gerätes**

Genehmigung zur Computertomographie für ein kombiniertes PET/CT-Gerät liegt vor:

für meine Person

für folgende Person:

Name, Vorname und LANR

Apparative Voraussetzungen -bitte beifügen-

- Gewährleistungserklärung des Herstellers

Organisatorische Voraussetzungen

Es wird bestätigt, dass

- die Voraussetzungen hinsichtlich des interdisziplinären Teams im Sinne des § 5 Abs. 2 bis 8 erfüllt sind.
- Die Zusammenarbeit mit den ggf. einzubeziehenden weiteren Ärzten im Sinne des § 5 Abs. 9 gewährleistet ist.
- notwendige Kooperationen bestehen und diese werktätlich verfügbar sind (§ 5 Abs. 10):

Fachdisziplin	Indikation	Einrichtung	Ansprechpartner
Thoraxchirurgische Abteilung	Nr. 1		
	Nr. 2		
	Nr. 3		
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Nr. 6		
	Nr. 7		
	Nr. 8		
	Nr. 10		
	Nr. 11		
Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT)	Nr. 1		
	Nr. 2		
	Nr. 3		
	Nr. 4		
	Nr. 5		
	Nr. 6		
	Nr. 7		
	Nr. 8		
	Nr. 10		
	Nr. 11		

Fachdisziplin	Indikation	Einrichtung	Ansprechpartner
Strahlentherapie	Nr. 1		
	Nr. 2		
	Nr. 3		
	Nr. 4		
	Nr. 5		
	Nr. 6		
	Nr. 7		
	Nr. 8		
	Nr. 10		
	Nr. 11		
Onkologie/ Pneumologie	Nr. 1		
	Nr. 2		
	Nr. 3		
	Nr. 4		
	Nr. 5		
Pathologie	Nr. 1		
	Nr. 2		
	Nr. 3		
	Nr. 4		
	Nr. 5		
	Nr. 6		
	Nr. 7		
	Nr. 8		
	Nr. 10		
	Nr. 11		
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	Nr. 7		
	Nr. 8		
Urologie	Nr. 11		

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- festgelegten Anforderungen an die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung erfüllt werden (§ 7).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen Gegebenheiten in der Praxis zu überprüfen (§ 9 Abs. 4).

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person