

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

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

**Antrag zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V (QS-Vereinbarung PET, PET/CT)**

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>	
<p><b>Leistungen</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) nach den <b>GOP 34700, 34702, 34704 und 34706</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) nach den <b>GOP 34701, 34703, 34705 und 34707</b></p>	
<p><b>Zusatzanforderung für die Leistungserbringung mit einem PET/CT (Nuklearmediziner)</b></p> <p>Die zur Ausführung erforderliche CT-Genehmigung liegt vor <input type="checkbox"/></p> <p><b>oder</b></p> <p>Die Durchführung der v.g. Untersuchungen erfolgt in Kooperation mit dem/den vertragsärztlich tätigen Radiologen, der/die über die erforderliche CT-Genehmigung verfügt/verfügen. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum Radiologen:</b></p> <p>Vorname: _____ LANR: _____</p> <p>Zuname: _____ BSNR: _____</p> <p>Mir ist bekannt, dass der Honorarausgleich für die gemeinsam erbrachten Leistungen im Innenverhältnis zu regeln ist. <input type="checkbox"/></p>		

<b>Leistungen</b>	<b>Zusatzanforderung für die Leistungserbringung mit einem PET/CT (Radiologe)</b> Die zur Ausführung erforderliche CT-Genehmigung liegt vor <input type="checkbox"/> Ich bin Facharzt für Radiologie mit der Berechtigung zur Durchführung der PET nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung <input type="checkbox"/> <b>oder</b> Die Durchführung der v.g. Untersuchungen erfolgt in Kooperation mit dem/den vertragsärztlich tätigen Nuklearmediziner/n, der/die über die erforderliche/n Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung verfügt/verfügen. <input type="checkbox"/> <b>Angaben zum Nuklearmediziner:</b> Vorname: <input type="text"/> LANR: <input type="text"/> Zuname: <input type="text"/> BSNR: <input type="text"/> Mir ist bekannt, dass der Honorarausgleich für die gemeinsam erbrachten Leistungen im Innenverhältnis zu regeln ist. <input type="checkbox"/>	
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	Gemäß § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Nachweis von mindestens <b>1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen</b> unter Anleitung* innerhalb der letzten fünf Jahre <b>vor Antragstellung</b> <b>-bitte beifügen-</b> * Anleitung durch einen Arzt, der nach der Weiterbildungsordnung für mind. ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt Nuklearmedizin befugt ist und die fachliche Befähigung dieser Vereinbarung erfüllt <b>oder</b> Im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztztätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin wurden mindestens 1000 PET-Untersuchungen innerhalb der letzten fünf Jahre vor <b>Antragstellung</b> erbracht. <b>-bitte beifügen-</b> <b>und</b> Nachweis von <b>Kenntnissen und Erfahrungen in der Einordnung von PET-Befunden</b> in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren, (z.B. CT oder MRT) <b>von mind. 200 CT oder MRT mit PET-Befunden</b> <b>-bitte beifügen-</b> Ich verpflichte mich, die in § 7 festgelegten Anforderungen an die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung zu erfüllen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	Gemäß § 4 und § 12 Abs. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung <b>Gewährleistungserklärung des Herstellers</b> zum Nachweis der Erfüllung apparativer Voraussetzungen durch das verwendete PET-System <b>-bitte beifügen-</b>	
<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	Gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Die <b>Indikationsstellung</b> zur PET bzw. PET/CT erfolgt in einem <b>Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit</b> . <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Organisatorische Voraussetzungen		ja	nein
	Im interdisziplinären Team erfolgen im Weiteren:		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die <b>Befundbesprechungen</b> zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET- bzw. PET/CT-Befunde</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	und		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die <b>Nachbesprechungen</b> in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das <b>interdisziplinäre Team</b> besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 1-3 mindestens aus		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin nach § 3.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	und		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einem Facharzt für Thoraxchirurgie (oder Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Herzchirurgie mit Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit der Teilgebietsbezeichnung Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, der seinen operativen Schwerpunkt im Bereich Thoraxchirurgie hat), um in jedem Einzelfall abzuwägen, ob die Durchführung der PET bzw. PET/CT zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das interdisziplinäre Team besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 4-5 mindestens aus		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin nach § 3</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oder		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und einem Facharzt für Strahlentherapie</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zur Klärung der Operabilität: Facharzt für Thoraxchirurgie (oder Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Herzchirurgie mit Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit der Teilgebietsbezeichnung Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, der seinen operativen Schwerpunkt im Bereich Thoraxchirurgie hat), um in jedem Einzelfall abzuwägen, ob die Durchführung der PET bzw. PET/CT zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das <b>interdisziplinäre Team</b> besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 6 und Nr. 10 mindestens aus		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin nach § 3</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	und		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oder		

<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das <b>interdisziplinäre Team</b> besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 7-8 mindestens aus		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oder		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und dem verantwortlichen Strahlentherapeuten</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	und		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die <b>Zusammenarbeit</b> mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten gegebenenfalls notwendigen <b>Fachdisziplinen gemäß § 5 Abs. 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung, ist durch eine Kooperation</b> mit den nachfolgend genannten, <b>für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktätlich verfügbaren Institutionen und Einrichtungen geregelt</b> (bitte jeweils <b>Einrichtung und Ansprechpartner angeben</b> ):		
	Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-3 der Qualitätssicherungsvereinbarung		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>eigenständige thoraxchirurgische Abteilung</b> mit mindestens <b>zwei in Vollzeit</b> bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen <b>Fachärzten für Thoraxchirurgie</b> oder <b>thoraxchirurgisch tätigen Fachärzten:</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/> <hr/>			
Für die Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/> <hr/>			
Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Radiologie</b> mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT):</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/> <hr/>			
Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 und der Qualitätssicherungsvereinbarung			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Strahlentherapie:</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/> <hr/>			

	<p>Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-5 der Qualitätssicherungsvereinbarung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Onkologie oder Pneumologie:</b></li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Pathologie:</b></li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>Für die Indikationen nach § 1 Nr. 7-8 der Qualitätssicherungsvereinbarung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie:</b></li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>		<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Zum Aufrechterhalt der fachlichen Befähigung und Weiterentwicklung muss eine Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen erfolgen und mind. 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten nachgewiesen werden. Dies ist zweijährig nachzuweisen.</p> <p>Ich erkläre mein Einverständnis zur Überprüfung der apparativen Gegebenheiten in der Praxis durch die Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung.</p> <p>Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (QS-Vereinbarung PET, PET/CT) zur Kenntnis genommen zu haben.</p>		<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

---

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

---

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

---

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt