

Antrag auf Genehmigung:

Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) und Positronenemissionstomographie (PSMA-PET/CT) (Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer 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

- 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.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

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

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Leistungen

- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)
- Positronenemissionstomographie (PSMA-PET/CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit Pluvicto®

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

Zusatzanforderung für die Leistungserbringung mit einem PET/CT (Nuklearmediziner)

Die zur Ausführung erforderliche CT-Genehmigung liegt vor

oder

Die Durchführung der v.g. Untersuchungen erfolgt in Kooperation mit dem/den vertragsärztlich tätigen Radiologen, der/die über die erforderliche CT-Genehmigung verfügt/verfügen.

Angaben zum Radiologen:

Vorname:

LANR:

Nachname:

BSNR:

Mir ist bekannt, dass der Honorarausgleich für die gemeinsam erbrachten Leistungen im Innenverhältnis zu regeln ist.

Zusatzanforderung für die Leistungserbringung mit einem PET/CT (Radiologe)

Die zur Ausführung erforderliche CT-Genehmigung liegt vor

Ich bin Facharzt für Radiologie mit der Berechtigung zur Durchführung der PET nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung

oder

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.

Angaben zum Nuklearmediziner:

Vorname:

LANR:

Nachname:

BSNR:

Mir ist bekannt, dass der Honorarausgleich für die gemeinsam erbrachten Leistungen im Innenverhältnis zu regeln ist.

Fachliche Voraussetzungen*

Gemäß § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung

- Nachweis von mindestens **1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen** unter Anleitung** innerhalb der letzten fünf Jahre **vor Antragstellung** -bitte beifügen-

**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

oder

- Im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin wurden mindestens 1000 PET-Untersuchungen innerhalb der letzten fünf Jahre **vor Antragstellung** erbracht. -bitte beifügen-

und

- Nachweis von **Kenntnissen und Erfahrungen in der Einordnung von PET-Befunden** in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren, (z.B. CT oder MRT) **von mind. 200 CT oder MRT mit PET-Befunden** -bitte beifügen-

Ich verpflichte mich, die in § 7 festgelegten Anforderungen an die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung zu erfüllen.

Apparative Voraussetzungen

Gemäß § 4 und § 12 Abs. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung

- **Gewährleistungserklärung des Herstellers** zum Nachweis der Erfüllung apparativer Voraussetzungen durch das verwendete PET-System **-bitte beifügen-**

Gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung

- Die **Indikationsstellung** zur PET bzw. PET/CT erfolgt in einem **Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit**.

Organisatorische Voraussetzungen

Im interdisziplinären Team erfolgen im Weiteren:

- die **Befundbesprechungen** zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET- bzw. PET/CT-Befunde
und

- die **Nachbesprechungen** in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.

Das **interdisziplinäre Team** besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 1-3 mindestens aus

- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3.

- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen
und

- 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

Das interdisziplinäre Team besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 4-5 mindestens aus

- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3

- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen
oder

- dem Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und einem Facharzt für Strahlentherapie

- 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

Das **interdisziplinäre Team** besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 6 und Nr. 10 mindestens aus

- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3

und

- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt
oder

- dem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Das **interdisziplinäre Team** besteht bei den Indikationen gemäß § 1 Nr. 7-8 mindestens aus

- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3

- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen
Oder

dem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und dem verantwortlichen Strahlentherapeuten
und

einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Die **Zusammenarbeit** mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten gegebenenfalls notwendigen **Fachdisziplinen gemäß § 5 Abs. 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung**, ist durch eine **Kooperation** mit den nachfolgend genannten, **für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktätig verfügbaren Institutionen und Einrichtungen geregelt** (bitte jeweils **Einrichtung und Ansprechpartner angeben**):

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-3 der Qualitätssicherungsvereinbarung

eigenständige thoraxchirurgische Abteilung mit mindestens **zwei in Vollzeit** bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen **Fachärzten für Thoraxchirurgie** oder **thoraxchirurgisch tätigen Fachärzten**:

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT):

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 und der Qualitätssicherungsvereinbarung

Strahlentherapie:

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-5 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Onkologie oder Pneumologie:

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Pathologie:

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 7-8 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie:

Zustimmung

- 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.
- Ich erkläre mein Einverständnis zur Überprüfung der apparativen Gegebenheiten in der Praxis durch die Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung.

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