

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 2
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



**Positronenemissionstomographie (PET)
Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)**

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen
der Positronenemissionstomographie sowie Positronenemissionstomographie mit Computertomographie im Rahmen der
vertragsärztlichen Versorgung**

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V
zur diagnostischen PET sowie diagnostischen PET/CT in der gültigen
Fassung**

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Qualitätssicherung
Team 2

Tel 069 24741-7300
Fax 069 24741-68832
qs.radiologie@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

_____ 7 _____ :

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

- Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____
- Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Leistungsspektrum

- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes (GOP 34700) -----
- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes (GOP 34701) -----
- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes (GOP 34702) -----
- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes (GOP 34703) -----
- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen (GOP 34704) -----
- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen (GOP 34705) -----
- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen (GOP 34706) -----
- F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen (GOP 34707) -----

Genehmigungsvoraussetzungen

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung "Nuklearmedizin" oder "Radiologie", sofern nach geltendem Weiterbildungsrecht zur Erbringung von PET berechtigt -----
- Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung -----
- Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung von PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren; Erwerb z.B. durch Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden -----
- Zusätzlich zu den o.g. Punkten: Vorliegen der Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der Computertomographie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie. Die fachlichen Anforderungen an die Erbringung von Leistungen in der Computertomographie (CT) müssen nicht personenidentisch vom Arzt (Antragsteller) selbst erfüllt werden -----

Bei nicht personenidentischer Genehmigung, bitte Angabe und Bestätigung zur Kooperation des Arztes mit Genehmigung CT:

Name des Arztes: _____

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes mit Genehmigung CT

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Da die Abrechnung radiologischer Leistungen standortbezogen geprüft wird, sind bei mehreren Standorten (z.B. Zweigpraxis, Belegarztstätigkeit, Amb. OP) für jeden Standort die dort verwendeten Geräte anzugeben.

Standort _____

Bezeichnung des **PET-Gerätes**
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) _____

Bezeichnung des **PET/CT-Gerätes**
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller
und Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) _____

Standort _____

Bezeichnung des **PET-Gerätes**
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller) _____

Bezeichnung des **PET/CT-Gerätes**
(Gewährleistungserklärung vom Hersteller
und Sachverständigen-Prüfberichtsnummer) _____

Folgende Ärzte nutzen die Geräte ebenfalls:

Eine geeignete Notfallausrüstung wird vorgehalten. Diese besteht zumindest aus:



- a) Frischluftbeatmungsgerät
- b) Absaugvorrichtung
- c) Sauerstoffversorgung
- d) Rufanlage
- e) Notfall-Arztkoffer

Organisatorische Anforderungen

- Die Durchführung der PET/CT unter Einsatz eines kombinierten PET/CT-Geräts erfolgt – sofern der Arzt, dem die Genehmigung nach der QSV erteilt wurde, nicht selbst über eine CT-Genehmigung verfügt – in unmittelbarer Zusammenarbeit mit einem Kooperationspartner mit CT-Genehmigung.
- Die Indikationsstellung zur PET und PET/CT erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Eine PET bzw. PET/CT wird nur dann durchgeführt, wenn das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Anwendung der PET bzw. PET/CT begründet.
- Positive PET-Befunde, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen würden, werden grundsätzlich histologisch oder zytologisch bzw. im weiteren Verlauf bildgebend apparativ verifiziert, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen werden in jedem Einzelfall begründet.

Im interdisziplinären Team erfolgen im Weiteren:

- Die Befundbesprechungen zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET- bzw. PET/CT-Befunde
- Die Nachbesprechung in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.

Die Dokumentation zur PET bzw. PET/CT enthält folgende Bestandteile:

- Patientenbezogene Dokumentation der Ergebnisse der interdisziplinären Indikationsstellung, der Befundbesprechung und der Nachbesprechung
- Patientenbezogene Dokumentation der Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung des Ergebnisses der durchgeführten PET- bzw. PET/CT-Untersuchungen mit histologischen oder zytologischen bzw. radiologischen Befunden.

Das interdisziplinäre Team

- Die Durchführung der einzelnen Indikationen nach § 1 Nr. 1 bis 10 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT erfordert verschiedene (Mindest-) Zusammensetzungen des interdisziplinären Teams. Weiterhin sind für diese Indikationen ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z. B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) einzubeziehen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist. Darüber hinaus ist die Regelung der Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der Patienten ggf. notwendigen Fachdisziplinen Voraussetzung für die Durchführung von PET, PET/CT.

Zur Bestätigung des Vorliegens der Voraussetzungen im Einzelfall verwenden Sie bitte das Formular zur "Erklärung des interdisziplinären Teams".

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

- Innerhalb von 24 Monaten Nachweis von mindestens 20 Fortbildungspunkten zu onkologischen Fragestellungen, vgl. § 7 Abs. 1 QS-Vereinbarung PET, PET/CT.

Beizufügende Nachweise

- Zeugnisse
- Urkunde der Facharztanerkennung
- Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. Aktualisierungskurse

Angaben über die apparative Ausstattung

- Aktuelle(r) Sachverständigenbericht(e) ist/sind beigelegt
- Genehmigung oder Anzeigenbestätigung ausgestellt durch das zuständige Regierungspräsidium
- Gewährleistungserklärung vom Hersteller

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Ø Nach § 2 der Vereinbarung PET, PET/CT ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der PET, PET/CT erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung PET, PET/CT erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- Ø Mir ist bekannt, dass Änderungen hinsichtlich der Genehmigung, des Zulassungsstatus sowie Änderung der apparativen Ausstattung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich mitzuteilen sind.
- Ø Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ø Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

.....
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ
(Institut/Klinik/Krankenhaus)
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes

.....
Stempel