

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen
der diagnostischen Positronenemissionstomographie und
Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT)**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
- ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
- ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
- ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung

- von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und/oder
 von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)

gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT nach § 135 Abs. 2 SGB V

Fachliche Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 3

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

- Nuklearmedizin
- Nachweis ist beigefügt
 - Nachweis liegt der KV bereits vor
- Radiologie und bin nach der für mich geltenden Weiterbildung berechtigt, die PET zu erbringen
- Nachweis ist beigefügt
 - Nachweis liegt der KV bereits vor.

Die fachliche Qualifikation wird wie folgt nachgewiesen:

- Zeugnis über die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre
- › Anleitung durch einen Arzt, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt „Nuklearmedizin“ befugt ist und die fachliche Befähigung nach der Vereinbarung PET, PET/CT erfüllt
oder
 - › auch ohne Anleitung, wenn die PET-Untersuchungen im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztztätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht werden

und

- Zeugnis über die Einordnung der PET-Befunde (mindestens 200 CT oder MRT) in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren

oder

- Die Genehmigung wurde bereits im Rahmen der Übergangsregelung im 1. Halbjahr 2016 erteilt.

Zusätzlich für die Erbringung von PET/CT

- Nachweis der Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der Computertomographie
oder
 Nennung des Kooperationspartners, der die CT-Genehmigung besitzt:

Titel, Vorname, Name, Praxisanschrift

und

- Ich verpflichte mich, zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen (mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb von jeweils 24 Monaten) nachzuweisen gemäß QS-Vereinbarung Abschnitt C § 7 Abs. 1.

Apparative Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 4

- Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß § 4 Nr. 1 bis 3
- Gewährleistungserklärung des Herstellers (Anlage 2) ist beigefügt.
- Ich bestätige, die geforderte Notfallausrüstung vorzuhalten:
 - a. Frischluftbeatmungsgerät
 - b. Absaugvorrichtung
 - c. Sauerstoffversorgung
 - d. Rufanlage
 - e. Notfall-Arztkoffer vorzuhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Qualitätssicherungskommission die apparativen Gegebenheiten in der Praxis hinsichtlich der Bestimmungen der QS-Vereinigung PET, PET/CT überprüft (QS-Vereinbarung Abschnitt D § 9 Abs. 4).

Organisatorische Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 5

In einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgt die Indikationsstellung zur PET und PET/CT, sowie die Befundbesprechungen zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens und die Nachbesprechungen in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.

- Die Ansprechpartner in den kooperierenden Einrichtungen sind in Anlage 1 aufgeführt.

Dokumentation gemäß Abschnitt B § 6

- Folgende Anforderungen an die Dokumentation sind gewährleistet:
Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind bei der Durchführung einer PET bzw. PET/CT zu dokumentieren:
 1. Datum der Indikationsstellung, der Befund- und ggf. der Nachbesprechung,
 2. an der Indikationsstellung, der Befund- und Nachbesprechung beteiligte Ärzte des interdisziplinären Teams,
 3. Begründung der Indikationsstellung nach § 1 inklusive ggf. abweichender Meinungen,
 4. Befund der PET bzw. PET/CT,
 5. Vorbefunde, die der Entscheidung des interdisziplinären Teams zugrunde liegen,
 6. Therapeutische Konsequenzen der Anwendung der PET bzw. PET/CT,
 7. für die Indikation nach § 1 Nr. 1 und 4: Angabe des dokumentierten Tumorstadiums jeweils vor der Durchführung der PET bzw. PET/CT und des Tumorstadiums nach der PET- bzw. PET/CT-Befundung,
 8. für die Indikation nach § 1 Nr. 2 und 5: Angabe, ob der Rezidivverdacht bestätigt wurde oder nicht,
 9. für die Indikation nach § 1 Nr. 3 und 4: Angabe, ob auf der Grundlage der Befunde der PET bzw. PET/CT auf ein chirurgisches vorgehen verzichtet oder ob dieses wesentlich verändert wurde,
 10. Ergebnisse der Befund- und ggf. der Nachbesprechung
 - a. Darlegung, ob eine Befundbestätigung auf histologischen oder zytologischen bzw. ausschließlich auf radiologischen Befunden im Verlauf beruht und Begründung von Ausnahmen
 - b. Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung des Ergebnisses der durchgeführten PET- bzw. PET/CT-Untersuchung mit histologischen oder zytologischen bzw. radiologischen Befunden

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie/diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie einschließlich der organisatorischen Anforderungen zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte