

Anlage 1 zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Positronenemissionstomographie (PET) und der Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung der PET, PET/CT gemäß Abschnitt B § 5 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT

- Die Durchführung der PET/CT erfolgt unter Einsatz eines kombinierten PET/CT-Gerätes, wenn nicht die fachlichen Anforderungen zur CT Durchführung vorliegen, in Zusammenarbeit mit einem Arzt, der die fachlichen Anforderungen dafür erfüllt.
- Die Indikationsstellung zur PET und PET/CT erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit, ebenso 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.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen **Indikationen** bei onkologischen Fragestellungen sind:

1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschl. der Detektion von Fernmetastasen
2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen
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
4. Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschl. der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint
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
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
7. Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten
 - mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumorenoder
 - mit unbekanntem Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs
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
9. Maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen
10. Initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen

Zusammensetzung interdisziplinäres Team:

- (1) bei den **Indikationen 1-3**: mindestens aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen und einem Facharzt für Thoraxchirurgie, ob die Durchführung zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> für den Patienten onkologisch verantw. Arzt		
<input type="checkbox"/> oder Facharzt für Onkologie		
<input type="checkbox"/> und Facharzt für Thoraxchirurgie		

- (2) bei den **Indikationen 4-5**: aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und einem Facharzt für Strahlentherapie. Zur Klärung der Operabilität ist ein Facharzt für Thoraxchirurgie einzubeziehen, ob eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> für den Patienten onkologisch verantw. Arzt		
<input type="checkbox"/> oder Facharzt für Onkologie		
<input type="checkbox"/> oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie		
<input type="checkbox"/> und Facharzt für Strahlentherapie		
<input type="checkbox"/> ggf. Facharzt für Thoraxchirurgie		

- (3) bei den **Indikationen 6 und 10**: aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> für den Patienten onkologisch verantw. Arzt		
<input type="checkbox"/> oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

- (4) bei den **Indikationen 7-8**: aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, dem verantwortlichen Strahlentherapeuten und einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> für den Patienten onkologisch verantw. Arzt		
<input type="checkbox"/> oder FA für Onkologie		
<input type="checkbox"/> oder FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
<input type="checkbox"/> und FA für Strahlentherapie		
<input type="checkbox"/> und . FA für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde		
<input type="checkbox"/> oder FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		

- (5) In die Entscheidung über
- die Erforderlichkeit einer thoraxchirurgischen Intervention bei den Indikationen nach § 1 Nr. 1-5
 - die sich aus dem Staging ergebende Therapieplanung nach § 1 Nrn. 6 und 10
 - die Durchführung einer Neck Dissection nach § 1 Nr. 7
 - die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie nach § 1 Nr. 8
- sollen ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z. B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

Kooperation mit für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen Institutionen und Einrichtungen (je kooperierende Einrichtung ist ein Ansprechpartner zu benennen, die Einrichtungen müssen werktätiglich verfügbar sein):

- a) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-3**: eigenständige Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie oder den in dieser Anlage auf Seite 2 genannten thoraxchirurgisch tätigen Fachärzten

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> thoraxchirurgische Abteilung		

- b) **Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10**: Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

- c) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10:** Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT)

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> FA Radiologie		

- d) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10:** Strahlentherapie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> FA für Strahlentherapie		

- e) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-5:** Onkologie/Pneumologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> FA für Onkologie/Pneumologie		

- f) **Indikationen nach § 1-8 und 10:** Pathologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> FA für Pathologie		

- g) **Indikationen nach § 1 Nr. 7-8:** Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> FA für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde		
<input type="checkbox"/> oder Fach für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		

Positive PET-Befunde, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen würden, sind grundsätzlich histologisch oder zytologisch bzw. im weiteren Verlauf bildgebend zu verifizieren, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen sind in jedem Einzelfall zu begründen.

 Ort, Datum

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

 Ort, Datum,

Ansprechpartnerin: Sandy Fricke
 Tel.: 0391 627-6443, Fax: 0391 627-8436
 E-Mail: Sandy.Fricke@kvs.de

 Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des