

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
 Qualitätssicherung  
 Eisenheimerstr. 39  
 80687 München

## Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der **Diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der Diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) in der vertragsärztlichen Versorgung** nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT nach § 135 Abs. 2 SGB V (QSV)

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_ (Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_ (Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_ (Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse Telefonnummer

\_\_\_\_\_ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj



**liegt nicht vor** (beim Antragsteller persönlich bzw. für den beim Antragsteller tätigen Arzt) - in diesem Fall bitte einen **radiologischen Kooperationspartner namentlich benennen**, der über eine **CT-Genehmigung** verfügt und damit einverstanden ist, dass er benannt wird:

---



---

#### 4. Apparative Voraussetzungen, vgl. § 4 QSV

- Gewährleistungserklärung des Herstellers** zum Nachweis der Erfüllung folgender apparativer Voraussetzungen:
- Einsatz eines dezidierten PET-Systems mit einer **räumlichen Auflösung  $\leq 5,5$  mm** nach Angaben des Herstellers
  - Einsatz eines PET-Gerätes mit Möglichkeit der **technischen Bildfusion mit CT** (Leistungen der PET) bzw. eines **kombinierten PET/CT-Gerätes** (Leistungen der PET/CT)
  - Möglichkeit zur **semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)**
- Eine geeignete Notfallausrüstung wird vorgehalten.** Diese besteht zumindest aus
- Frischluftbeatmungsgerät
  - Absaugvorrichtung
  - Sauerstoffversorgung
  - Rufanlage
  - Notfall-Arztkoffer

#### 5. Organisatorische Voraussetzungen, vgl. § 5 QSV

- Folgende **organisatorische** Voraussetzungen nach § 5 QSV werden erfüllt:
- 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** (zur Zusammensetzung des Teams je nach Indikationsstellung vgl. nachfolgende Seiten).
  - 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.
  - **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.

Bei den **Indikationen** nach § 1 Abs. 1 **Nr. 1 bis 3** QSV -

- Bestimmung des Tumorstadiums von **primären nichtkleinzelligen** Lungenkarzinomen einschl. der Detektion von Fernmetastasen (Nr. 1)
- Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei **primären nichtkleinzelligen** Lungenkarzinomen (Nr. 2)
- 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 (Nr. 3) -

besteht das **interdisziplinäre Team** nach § 5 Abs. 4 QSV i.V.m. Abs. 2 der Protokollnotiz zur QSV mindestens aus

- dem/n für die Durchführung und Befundung der **PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten**,
- dem für den Patienten **onkologisch verantwortlichen Arzt** oder **Onkologen** und
- einem **Facharzt für Thoraxchirurgie** oder
  - einem Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
  - einem Facharzt für Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
  - einem 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; Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie, Strahlentherapie) werden ggf. einbezogen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

Bei den **Indikationen** nach § 1 Abs. 1 **Nr. 4 bis 5** QSV -

- 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 (Nr. 4)
- 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 (Nr. 5) -

besteht das **interdisziplinäre Team** nach § 5 Abs. 5 QSV i.V.m. Abs. 2 der Protokollnotiz zur QSV mindestens aus

- dem/n für die Durchführung und Befundung der **PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten**,
- dem für den Patienten **onkologisch verantwortlichen Arzt** oder **Onkologen** oder **Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie** und
- einem **Facharzt für Strahlentherapie**.

Soll die PET bzw. PET/CT zur **Klärung der Operabilität** eingesetzt werden, ist ein **Facharzt für Thoraxchirurgie** einzubeziehen oder

- ein Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
- ein Facharzt für Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
- ein 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; Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie, Strahlentherapie) werden ggf. einbezogen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

- Bei der **Indikation** nach § 1 Abs. 1 **Nr. 6** QSV -
- Entscheidung über die **Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm** nach bereits erfolgter Chemotherapie -
- besteht das **interdisziplinäre Team** nach § 5 Abs. 6 QSV mindestens aus
- dem/ für die Durchführung und Befundung der **PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten** und
  - dem für den Patienten **onkologisch verantwortlichen Arzt** oder **Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie** und
  - dem verantwortlichen **Strahlentherapeuten**.
- Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie, Strahlentherapie) werden in die Entscheidung über die Bestrahlung von Resttumoren ggf. einbezogen.

- Bei den **Indikationen** nach § 1 Abs. 1 **Nr. 7 bis 8** QSV -
- Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten
    - **mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren** (Nr. 7)oder
    - **mit unbekanntem Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs** (Nr. 7)
  - 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 (Nr. 8) -
- besteht das **interdisziplinäre Team** nach § 5 Abs. 7 QSV mindestens aus
- dem/n für die Durchführung und Befundung der **PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten**,
  - dem für den Patienten **onkologisch verantwortlichen Arzt** oder **Onkologen** oder einem **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**.
- Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) werden einbezogen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

- Bei den **Indikationen** nach § 1 Abs. 1 **Nr. 9 und Nr. 11** QSV -
- Entscheidung über die notwendige **Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin-Lymphomen** im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie
  - Initiales Staging bei Hodgkin-Lymphomen
- besteht das **interdisziplinäre Team** nach § 5 Abs. 8 QSV mindestens aus
- dem/n für die Durchführung und Befundung der **PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten** und
  - dem für den Patienten **onkologisch verantwortlichen Arzt** oder **Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**,
- Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) werden einbezogen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

- Indikationen** nach § 1 Abs. 1 **Nr. 10** QSV -
- **Maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen**

- Die **Zusammenarbeit** mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten gegebenenfalls notwendigen **Fachdisziplinen**, vgl. **§ 5 Abs. 10 QSV**, ist **geregelt** durch eine **Kooperation** mit nachfolgend genannten, für die Versorgung von GKV-Patienten **zugelassenen, werktätlich verfügbaren Institutionen und Einrichtungen**.

Bitte jeweils **die kooperierende Einrichtung** und einen **Ansprechpartner benennen**:

- **Für Indikationen nach § 1 Nr. 1 bis 3 QSV (s.o.):**

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

---



---

- **Für die Indikation nach § 1 Nr. 6 - 8 QSV (s.o.):**

**Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:**

---



---

- **Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1 bis 9 QSV (s.o.):**

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

---



---

- **Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1 bis 9 QSV (s.o.): Strahlentherapie:**

---



---

- **Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1 bis 5 QSV (s.o.): Onkologie/Pneumologie:**

---



---

- **Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1 bis 9 QSV (s.o.): Pathologie:**

---



---

- **Für die Indikationen nach § 1 Nr. 7 bis 8 QSV (s.o.):**

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

---



---

**6. Anforderungen an die Dokumentation und Überprüfung, vgl. §§ 6 und 8 QSV:**

- Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht werden bei Durchführung der PET bzw. PET/CT **sämtliche in § 6 Nr. 1 bis 13 QSV aufgeführte Parameter** (vgl. Anhang zum Antrag) **patientenbezogen dokumentiert.**
- Mir / dem beim Antragsteller tätigen Arzt ist bekannt, dass Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, **verpflichtet sind**, an einer **regelmäßigen Überprüfung der Dokumentation nach § 8 QSV teilzunehmen** (vgl. Anhang zum Antrag).

**7. Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung, vgl. § 7 QSV**

- Mir / dem beim Antragsteller tätigen Arzt ist bekannt, dass Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, verpflichtet sind, zur Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen **zu onkologischen Fragestellungen**, nachgewiesen durch **mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten**, teilzunehmen. Die Nachweise (Teilnahmebescheinigungen) sind der KVB nach entsprechender Anforderung regelmäßig **vorzulegen.**

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigte / MVZ-Vertretungsberechtigter



**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde zur <b>Facharztbezeichnung</b> Nuklearmedizin oder Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Zeugnis zu <b>1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Zeugnis zu <b>Kenntnissen und Erfahrungen</b> in der Einordnung von <b>mindestens 200 CT oder MRT</b> in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <b>Gewährleistungserklärung</b> des Herstellers für das PET- bzw. PET/CT-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.



Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

**Zur Dokumentation:** Nach § 6 QSV sind - unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht - bei Durchführung einer PET bzw. PET/CT patientenbezogen folgende Parameter zu dokumentieren:

- Datum der Indikationsstellung, der Befund- und ggf. der Nachbesprechung,
- an der Indikationsstellung, der Befund- und der Nachbesprechung beteiligte Ärzte des interdisziplinären Teams,
- Begründung der Indikationsstellung nach § 1 inklusive ggf. abweichender Meinungen,
- Befund der PET bzw. PET/CT,
- Vorbefunde, die der Entscheidung des interdisziplinären Teams zugrunde liegen,
- therapeutische Konsequenzen der Anwendung der PET bzw. PET/CT,
- für die Indikationen 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,
- für die Indikationen nach § 1 Nr. 2 und Nr. 5: Angabe, ob der Rezidivverdacht bestätigt wurde oder nicht,
- für die Indikationen nach § 1 Nr. 3, Nr. 4 und Nr. 7: Angabe, ob auf der Grundlage der Befunde der PET bzw. PET/CT auf ein chirurgisches Vorgehen verzichtet oder ob dieses wesentlich verändert wurde,
- für die Indikation nach § 1 Nr. 6: Angabe, ob auf der Grundlage der Befunde der PET bzw. PET/CT auf eine Bestrahlung verzichtet oder ob diese wesentlich verändert wurde,
- für die Indikation nach § 1 Nr. 8: Angabe, ob auf der Grundlage der Befunde der PET bzw. PET/CT auf eine laryngoskopische Biopsie verzichtet wurde,
- für die Indikation nach § 1 Nr. 9: Angabe, ob auf der Grundlage der Befunde der PET bzw. PET/CT die Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium reduziert wurde.
- Ergebnisse der Befund- und ggf. der Nachbesprechung
  - Darlegung, ob eine Befundbestätigung auf histologischen oder zytologischen bzw. ausschließlich auf radiologischen Befunden im Verlauf beruht, und Begründung von Ausnahmen
  - Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung des Ergebnisses der durchgeführten PET- bzw. PET/CT-Untersuchung mit histologischen oder zytologischen bzw. radiologischen Befunden

#### **Zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation:**

Die KVB fordert von den Ärzten, denen eine Genehmigung erteilt wurde, nach § 8 Abs. 2 QSV die Dokumentationen zu 12 abgerechneten PET- bzw. PET/CT-Untersuchungen innerhalb eines Zeitraumes von jeweils drei Jahren zur Prüfung an.

Jede der eingereichten Dokumentationen wird daraufhin beurteilt, ob der Entscheidungsgang zur Indikationsstellung unter Beteiligung der nach § 5 QSV erforderlichen Teammitglieder nachvollziehbar ist und ob nachvollziehbar ist, dass das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Anwendung der PET bzw. PET/CT begründet, vgl. § 8 Abs. 4 QSV. Die Konsequenzen (Wiederholungsprüfung, Kolloquium, Widerruf der Genehmigung) richten sich nach der Schwere der festgestellten Mängel, vgl. § 8 Abs. 6 QSV.

#### **Zu den Rechtsgrundlagen:**

Der Volltext der QSV ist unter <http://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php> „PET, PET/CT“ abrufbar.