






Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

 (030) 31003 – 684
 (030) 31003 – 50730
 QS-Team4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen PET und PET/CT

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V
zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissions-
tomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET-CT)

Antragsteller _____ Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	Leistungserbringer _____ sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt
---	--

Betriebsstättennummer (BSNR) Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																				
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG _____ Name des Krankenhauses																				

Grund der Antragstellung <input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum _____ Datum	_____ Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom _____ Sitzungsdatum, sofern bekannt	_____ Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung

PET-Untersuchung bei Vorliegen von CT-Untersuchung

- Körperstamm (GOP 34700 EBM)
- Teile des Körperstammes (GOP 34702 EBM)

PET-CT-Untersuchung

- Körperstamm (GOP 34701 EBM)
- Teile des Körperstammes (GOP 34703 EBM)

Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparategemeinschaft

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt
- Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigefügt

Adresse

- Teilausübungsgemeinschaft (Teil-BAG)

- Genehmigung einer Teil-BAG zur Erbringung von PET/CT-Leistungen in gemeinsamer Berufsausübung wurde beim Zulassungsausschuss beantragt
- Genehmigung des Zulassungsausschusses ist beigefügt



Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 3 i. V. m. § 9 Abs. 2 QS-Vereinbarung

- Facharzturkunde für Nuklearmedizin **und/oder**
- Facharzturkunde für Radiologie, sofern nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung die Berechtigung zur Erbringung der PET vorliegt

PET-Untersuchung bei Vorliegen von CT-Untersuchung

- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragsstellung auf Genehmigungserteilung
- Nachweis (Zeugnis) über Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z.B. CT oder MRT) durch die Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden

PET/CT-Untersuchung

- Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie
- wurde durch die KV Berlin erteilt und liegt bereits vor
- wurde durch die KV Berlin nicht erteilt:

Namentliche Nennung eines Kooperationspartners, der über die vg. Genehmigung verfügt und mit der Benennung einverstanden ist

Bitte beachten Sie die Anlage zu diesem Antragsformular „Bestätigung über eine bestehende Kooperation zur Erbringung von Leistungen der PET/CT“. Diese ist dem Antrag beizufügen.

Apparative Nachweise gemäß § 4 i. V. m. § 9 Abs. 6 QS-Vereinbarung

- Gewährleistungserklärung des PET-Systems
- PET-System mit einer räumlichen Auflösung $\leq 5,5$ mm nach Angaben des Herstellers
Für PET-Geräte, für die bis zum Inkrafttreten der Fassung am 1. Oktober 2017 eine Genehmigung erteilt wurde, gilt abweichend von § 4 Nr. 1 eine Auflösung von ≤ 7 mm. Diese Geräte dürfen längstens bis zum 1. Juli 2022 verwendet werden.
- PET-Gerät mit der 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)
- geeignete Notfallausrüstung, bestehend zumindest aus:
 - Frischluftbeatmungsgerät
 - Absaugvorrichtung
 - Sauerstoffversorgung
 - Rufanlage
 - Notfall-Arztkoffer



Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 i. V. m. § 9 Abs. 7 QS-Vereinbarung

- Nachweis über die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des interdisziplinären Teams, mit den ggf. einzubeziehenden weiteren Ärzten und mit weiteren ggf. notwendigen Fachdisziplinen unter Nennung von Ansprechpartnern nach § 5.
- Die nachfolgend eingetragenen Einrichtungen sind werktätig verfügbar:

Für die Indikation nach

Kooperierende Einrichtung

Ansprechpartner

§ 1 Nrn. 1-3

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

§ 1 Nrn. 6-8

FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

§ 1 Nrn. 1-9

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

§ 1 Nrn. 1-9

Strahlentherapie

§ 1 Nrn. 1-5

Onkologie/Pneumologie

§ 1 Nrn. 1-9

Pathologie

§ 1 Nrn. 7-8

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Organisatorische Voraussetzung gemäß § 5 QS-Vereinbarung**
u. a. erfolgt die Indikationsstellung zur PET und PET/CT in einem Team interdisziplinärer Zusammenarbeit. Im interdisziplinären Team erfolgt im Weiteren:
 - Die Befundbesprechung zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET- bzw. PET/CT-Befunde und
 - die Nachbesprechung in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.
- **Dokumentationspflicht gemäß § 6 QS-Vereinbarung**
jeder PET, PET/CT ist patientenbezogen nach den entsprechenden Vorgaben zu dokumentieren
- **Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 7 QS-Vereinbarung**
durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu onkologischen Fragestellungen

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der PET, PET/CT im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung PET, PET-CT. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)



Einverständniserklärung

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung PET, PET/CT entsprechen, wird erklärt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller