

Arztstempel/ Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Positronenemissionstomographie (PET / PET-CT)

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | | |
|----|-------|--------------------------|
| 1. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. | _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für **Nuklearmedizin**
- Ich bin Facharzt für Radiologie mit der Zusatzbezeichnung "Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen"

Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen:

- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)
 - Die Leistungen der PET/CT werden allein durchgeführt. Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie liegt vor.
 - Die Leistungen der PET/CT werden in Zusammenarbeit mit nachfolgend benannter Person erbracht, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie verfügt. Mir ist bekannt, dass der Honorarausgleich für die gemeinsam erbrachten Leistungen im Innenverhältnis zu regeln ist.

Name, Vorname

Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung **innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung**. Die Anleitung hat durch einen Arzt zu erfolgen, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt Nuklearmedizin befugt ist. Der anleitende Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der QS-Vereinbarung PET, PET/CT erfüllen. Die PET-Untersuchungen können auch ohne Anleitung anerkannt werden, wenn sie im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden.

Die Anleitung hat bei folgendem Arzt stattgefunden:

Name des anleitenden Arztes

Zeugnisdatum

- Nachweis über Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung von 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Für zugelassene Ärzte:

- personenbezogene Genehmigung nach § 12 Strahlenschutzgesetz (Umgang mit radioaktiven Stoffen), ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz

Für angestellte Ärzte:

- Genehmigung nach § 12 Strahlenschutzgesetz (Umgang mit radioaktiven Stoffen), ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz (Amt für Arbeitsschutz) für den Antragsteller
- Im Rahmen der Anstellung wird unser angestellter Arzt als Strahlenschutzbeauftragter bestellt. Eine angepasste Umgangsgenehmigung vom Amt für Arbeitsschutz
 - liegt diesem Antrag bei
 - wird nachgereicht
- Unser angestellter Arzt wird nicht als Strahlenschutzbeauftragter bestellt.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von PET/CT-Untersuchungen wird folgende Apparatur verwendet:

Gerätebezeichnung:	
KV-Reg.-Nr.:	
Standort BSNR	

Gerätebezeichnung:	
KV-Reg.-Nr.:	
Standort BSNR	

Gerätebezeichnung:	
KV-Reg.-Nr.:	
Standort BSNR	

- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Der / die vom Hersteller / Vertreter ausgefüllte/n Gerätenachweis/e liegt / liegen diesem Antrag bei.
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen **einer Apparatgemeinschaft** genutzt. Das im Anhang befindliche Formular liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät ist / die Geräte sind Eigentum von _____

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

- eine geeignete Notfallausrüstung, bestehend aus mindestens:
 - Frischluftbeatmungsgerät
 - Absaugvorrichtung
 - Sauerstoffversorgung
 - Rufanlage
 - Notfall-Arztkoffer

Organisatorische Anforderungen

Es wird gewährleistet und bestätigt, dass:

- die Indikationsstellung zur PET/CT, die Befundbesprechung sowie die Nachbesprechung in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit einem Team (§ 5 Abs. 2 und 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)* erfolgt
- die Anforderungen an die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams entsprechend der Indikationen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 11 erfüllt werden (§ 5 Abs. 4 bis 8 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)*
- die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der Patienten ggf. notwendigen Fachdisziplinen geregelt ist. Auch kann diese in Kooperation mit Institutionen und Einrichtungen erfolgen, die GKV-Patienten versorgen (§ 5 Abs. 9 und 10 QS-Vereinbarung PET, PET/CT) *
- die in der QS-Vereinbarung PET und PET/CT gemäß § 5 Abs. 10 Nr. 1 bis 8 aufgeführten Einrichtungen werktäglich verfügbar sind

*** Ein entsprechender Nachweis über die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des interdisziplinären Teams, mit den ggf. einzubeziehenden weiteren Ärzten und Fachdisziplinen, ist unter Nennung von Ansprechpartnern dem Antrag als Kopie beizufügen.** (siehe Seite 9 und 10)

Positive PET-Befunde, außer bei Prostata-Karziom, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen würden, sind 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. (§ 5 Abs. 11 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)

Dokumentation

Es wird gewährleistet und bestätigt, dass unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht bei der Durchführung einer PET bzw. einer PET/CT alle nach § 6 vorgegebenen Dokumentationen erfolgen und im Rahmen einer Überprüfung von der Kassenärztlichen Vereinigung eingesehen werden können.

Auflagen zur Aufrechterhaltung

- Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen zur PET bzw. PET/CT zu onkologischen Fragestellungen. Nachzuweisen ist dies gegenüber der KVH innerhalb von zwei Jahren mit 20 Fortbildungspunkten.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die KVH regelmäßig Stichprobenprüfungen der ärztlichen Dokumentation von 12 PET- bzw. PET/CT-Untersuchungen, gemäß § 8 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT, anfordert.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie in der aktuell gültigen Fassung

Weitere Anforderungen

Ich bestätige, dass ich

- gemäß § 85 Abs. 1 StrlSchG die Aufzeichnungspflicht einhalten und die Aufzeichnungen sowie Aufnahmen nach § 85 Abs. 2 StrlSchG aufbewahren werde und erkläre mich einverstanden, dass diese Aufzeichnungen jederzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingesehen werden können.
- dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden ist.
- die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5-jährigen Frist termingerecht bei der KV Hamburg einreichen werde.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob die apparativen Anforderungen den Bestimmungen der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie entsprechen.
- die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KV Hamburg Unterlagen, die für die Bearbeitung relevant sind, aus dem Arztregister, aus dem Zulassungsausschuss sowie von der Ärztlichen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hamburg zur Bearbeitung heranziehen dürfen.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel

Anlage

Gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 7 sind der Kassenärztlichen Vereinigung u. a. vorzulegen:

- 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 der Vereinbarung.

Nach § 5 Abs. 9 und 10 ist die Durchführung der PET bzw. PET/CT an die Voraussetzung geknüpft, dass die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten ggf. notwendigen Fachdisziplinen geregelt ist. Diese kann auch durch Kooperation mit für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen Institutionen und Einrichtungen erfolgen.

Dazu ist für jede kooperierende Einrichtung ein Ansprechpartner zu benennen. Die nachfolgenden Einrichtungen müssen werktätlich verfügbar sein:

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-3 der QS-Vereinbarung

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

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10-11 der QS-Vereinbarung

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

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10-11 der QS-Vereinbarung

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

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10-11 der QS-Vereinbarung

- **Strahlentherapie:**

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-5 der QS-Vereinbarung

→ **Onkologie / Pneumologie:**

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10-11 der QS-Vereinbarung

→ **Pathologie**

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 7-8 der QS-Vereinbarung

→ **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde**

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

oder

→ **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie:**

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 11 der QS-Vereinbarung

→ **Urologie**

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

Name in Druckbuchstaben