

Arztstempel

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**

Beantragte Leistungen

Ich beantrage folgende Leistungen:

- Diagnostische Positronenemissionstomographie
 Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

Fachliche Voraussetzungen

Folgende Qualifikationsnachweise liegen diesem Antrag bei:

- 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 Facharztztätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden

- Nachweis über Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung von 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden

Für zugelassene Ärzte:

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

Für angestellte Ärzte:

- 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.
- 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.

Name, Vorname

Der entsprechende Nachweis über die Zusammenarbeit ist dem Antrag als Kopie 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 Apparategemeinschaft** 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 _____
- Eine geeignete Notfallausrüstung wird vorgehalten**
 - 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 werden entsprechend der Indikationen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 erfüllt werden (§ 5 Abs. 4 bis 7 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 QS-Vereinbarung PET, PET/CT) *

Die, in der QS-Vereinbarung PET und PET/CT gemäß § 5 Abs. 9 Nr. 1 bis 7 aufgeführten Einrichtungen, müssen werktäglich verfügbar sein

- ➔ Positive PET-Befunde, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen, werden grundsätzlich histologisch oder zytologisch bzw. im weiteren Verlauf bildgebend-apparativ verifiziert, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen werden im Einzelfall begründet (§ 5 Abs. 10 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)

*** 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 8 + 9)

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.
- mich damit einverstanden erkläre, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie entspricht.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € 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 Ärztebank e.G.

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 05

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 Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenene Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 820.

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 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 werktätig 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 der QS-Vereinbarung

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

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 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 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 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: _____

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

Name in Druckbuchstaben