

Erweiterter Landesausschuss  
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
Geschäftsstelle  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg



### Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von diagnostischer Positronenemissionstomographie, diagnostischer Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/ CT) im Rahmen der ASV – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

**Hinweise:**  
Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a. Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt, Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.  
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.  
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

**Die Anzeige erfolgt für:**

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

- ja
- nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

## Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET)  
(GOP 34700, 34702, 34704, 34706 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)  
(GOP 34700, 34701, 34702, 34703, 34704, 34705, 34706, 34707 EBM)
  - 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

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise über die Zusammenarbeit sind der Anzeige beizufügen.

## Qualifikation

### Ich bin Facharzt für

- Nuklearmedizin.
- Radiologie und aufgrund der für mich geltenden Weiterbildungsordnung berechtigt, die PET zu erbringen.

## Qualifikationsnachweise

- Facharzturkunde
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (ggf. auch für den Anwendungsbereich Computertomographie; Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung **innerhalb der letzten 5 Jahre vor der ASV-Anzeige**. 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 der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (mindestens 200 CT oder MRT)

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

## Apparative Ausstattung

### Notfallausrüstung

Grundsätzlich ist eine Notfallausrüstung vorzuhalten, die mindestens aus Frischluftbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Rufanlage und Notfall-Arztkoffer bestehen muss.

### Gerätenutzung in der Praxis / dem MVZ / dem Krankenhaus

- Das Gerät ist der KV Hamburg bereits gemeldet.

Betriebstätte (Adresse o. BSNR):

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.)

KV-Reg.-Nr. \_\_\_\_\_

- Das Gerät ist in der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Folgende Unterlagen liegen bei:
- aktuell gültiger Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung
  - Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - staatliche Arbeitsschutzaufsicht, alternativ:
  - die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - staatliche Arbeitsschutzaufsicht
  - Gerätenachweis (Seite 5)

**Hinweis:** Bei zugelassenen und ermächtigten Ärzten ist eine personenbezogene Anzeige oder Genehmigung erforderlich.

- Das Gerät wird im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern unterschrieben bei
- Das Gerät ist Eigentum von: \_\_\_\_\_

## Organisatorische Voraussetzungen

Es wird gewährleistet und bestätigt, dass:

- die Indikationsstellung zur PET/CT, die Befundbesprechung sowie die Nachbesprechung in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit einem Team erfolgt (§ 5 Abs. 2 und 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)\*.
- die Anforderungen an die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams entsprechend der Indikationen nach § 1 Abs. 1 bis 11 erfüllt werden (§ 5 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 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)\*.
- die, in der QS-Vereinbarung PET, PET/CT gemäß § 5 Abs. 10 Nr. 1 bis 8 aufgeführten Einrichtungen werktätlich verfügbar sind.
- positive PET-Befunde, außer bei Prostata-Karziom, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen, grundsätzlich histologisch oder zytologisch bzw. im weiteren Verlauf bildgebend-apparativ verifiziert werden, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen werden in jedem Einzelfall begründet (§ 5 Abs. 11 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)
- unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht bei der Durchführung einer PET bzw. PET/CT in der ASV entsprechend die gemäß § 6 QS-Vereinbarung PET, PET/CT vorgegebenen Dokumentationen patientenbezogen erfolgen

\* 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 Anlage Seite 6 und 7)

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT) in der aktuell gültigen Fassung

Richtlinien der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V - ASV-RL in der aktuell gültigen Fassung

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie in der aktuell gültigen Fassung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

---

Datum

---

Unterschrift Teammitglied

## Gerätenachweis

Arztstempel/ Praxisstempel

**(Nur vom Hersteller bzw. der betreuenden Servicefirma auszufüllen)**

Eigentümer des Gerätes \_\_\_\_\_

Standort des Gerätes \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung oder Typ: \_\_\_\_\_

- Positronenemissionstomograph (PET)
- Positronenemissionstomograph mit CT (PET/CT)

Baujahr: \_\_\_\_\_

Hersteller/Vertreiber: \_\_\_\_\_

Die Anlage wurde/wird am \_\_\_\_\_ installiert.

### **Mindestanforderungen an die apparativen Voraussetzungen:**

- ➔ Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung von  $\leq 5,5$  mm nach Angaben des Herstellers
- ➔ Einsatz eines PET-Systems 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)

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die Mindestanforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie bzw. diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie in der aktuellen Fassung erfüllt. Der Hersteller bzw. die Servicefirma übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Herstellers bzw.  
der betreuenden Service Firma)

## Anlage

**Gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 7 sind 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 Anzeigende/ -r**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angezeigte/-r**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**