

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

Arzt- /Krankenhausstempel

**Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von diagnostischer  
Positronenemissionstomographie ohne/mit Computertomographie (PET, PET/CT) im  
Rahmen der ASV –  
Tumoren der Lunge und des Thorax**

**Hinweis:** Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax. 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 und 34702 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) mit Computertomographie (PET/ CT)  
(GOP 34701 und 34703 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

Der entsprechende Nachweis über die Zusammenarbeit ist dem Antrag als Kopie beizufügen.

## Qualifikation - Nachweise sind der Anzeige beizufügen

### Ich bin Facharzt für

- Nuklearmedizin.
- Radiologie (sofern Sie gemäß der für Sie geltenden Weiterbildungsordnung berechtigt sind, die PET zu erbringen).

### Nachweise

- Facharzturkunde
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (für den Anwendungsbereich Computertomographie; Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung.
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweiligen computertomographischen Diagnostik.
- Nachweis über 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragsstellung auf Genehmigung. Der anleitende Arzt muss seit mindestens einem Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt „Nuklearmedizin“ befugt sein. Die PET-Untersuchungen können auch ohne Anleitung, wenn sie im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit 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)
- Genehmigung über den Umgang mit radioaktiven Stoffen gemäß Strahlenschutzverordnung sowie ggf. personenbezogene und gerätebezogene Anzeigebestätigung (entfällt bei angestellten Ärzten), beides ausgestellt von der der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz (Amt für Arbeitsschutz)

## Apparative Ausstattung

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 der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Einen Gerätenachweis füge ich dieser Anzeige bei (Seite 5).

## Organisatorische Voraussetzungen

Es wird bestätigt, dass gewährleistet wird:

- Indikationsstellung zur PET/CT, die Befundbesprechung sowie die Nachbesprechung erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit einem Team (§ 5 Abs. 2 und 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)\*.
- die Anforderungen an die Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams werden entsprechend der Indikationen nach § 1 Abs. 1 erfüllt (§ 5 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)\*.
- die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der Patienten ggf. notwendigen Fachdisziplinen, ist geregelt. 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 aufgeführten Einrichtungen, müssen werktätlich 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 in jedem Einzelfall begründet (§ 5 QS-Vereinbarung PET, PET/CT)
- Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind bei der Durchführung einer PET bzw. PET/CT in der ASV entsprechend § 6 QS-Vereinbarung PET, PET/CT patientenbezogen zu dokumentieren.

\* 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.

### **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

(Nur vom Hersteller auszufüllen)

### Angaben über PET/CT

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie vom 01.07.2016, in der derzeit aktuell gültigen Fassung, erfüllt.**

**Der Hersteller übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Herstellers//Vertreibers)