

E-Mail	genehmigung@kvhb.de
Fax	0421/3404-347

## Antrag PET und PET/CT

### Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an o.g. E-Mail oder Fax-Nummer oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	
Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Untersuchungsumfang – Bitte je Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ausfüllen

Ich beantrage folgende PET, PET/CT Leistungen in der

Betriebsstätten- /Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

### EBM GOP

#### PET des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie:

- 34700 bei Vorliegen von diagnostischer CT-Untersuchung  
34701 mit diagnostischer CT

#### PET von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie:

- 34702 bei Vorliegen von diagnostischer CT-Untersuchung  
34703 mit diagnostischer CT

## III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) bzw. der Diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- PET ja (bitte Bescheid beifügen) nein  
PET/CT ja (bitte Bescheid beifügen) nein  
CT ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

Ich bin zum Führen einer der nachstehenden Facharztbezeichnungen berechtigt:

- Facharzt für Nuklearmedizin und/oder Facharzt für Radiologie

#### und/oder

verfüge über die Berechtigung zur Durchführung der PET nach der für mich geltenden Weiterbildungsordnung

#### und

erfülle den Nachweis von Kenntnissen und Erfahrungen in der Einordnung von PET-Befunden in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z.B. CT und MRT)

#### und

erfülle den Nachweis von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung

und

erfülle den Nachweis zu regelmäßigen Fortbildungen zu PET und ergänzenden bildgebenden Verfahren zu onkologischen Fragestellungen, insbesondere auch durch die Teilnahme an interdisziplinär besetzten Fallkonferenzen und Qualitätszirkeln.

Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen

#### IV. Apparative Voraussetzungen

Hersteller	
Gerät	
Gerätetyp	

Das PET-System erfüllt folgende Voraussetzungen:

- Einsatz eines dezidierten PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung von weniger als 7 mm.
- Möglichkeit der technischen (softwarebasierten) Bildfusion mit ggf. auch zeitversetzt durchgeführter CT oder MRT
- Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert).

#### V. Organisatorische Voraussetzungen

- Die Indikationsstellung zur PET erfolgt in einem Team interdisziplinärer Zusammenarbeit. Eine PET wird nur dann durchgeführt, wenn das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Anwendung der PET begründet.  
Im interdisziplinären Team erfolgen im Weiteren:
- Die Befundbesprechungen zur Planung des Weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET-Befunde.
- Die Nachbesprechung in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.
- Positive PET-Befunde, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen würden, werden grundsätzlich histologisch oder zytologisch bzw. radiologisch verifiziert, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen werden in jedem Einzelfall begründet.  
Die Dokumentation zur PET enthält folgende Bestandteile:
- Patientenbezogene Dokumentation der Ergebnisse der interdisziplinären Indikationsstellung, der Befundbesprechung und der Nachbesprechung
- Patientenbezogene Dokumentation der Übereinstimmung oder Nicht-Übereinstimmung des Ergebnisses der durchgeführten PET-Untersuchungen mit histologischen oder zytologischen bzw. radiologischen Befunden.

## VI. Indikationen und interdisziplinäres Team

### Zugelassene Indikationen bei onkologischen Fragestellungen:

- Bestimmungen des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.
- Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen.
- Charakterisierung von Lungenrundherden, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.

### Das interdisziplinäre Team besteht mindestens aus:

- Dem für die Durchführung und Befundung der PET verantwortlichen Facharzt.  
Dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen und
- einem Facharzt für Thoraxchirurgie (oder Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit der Teilgebietsbezeichnung Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, der seinen operativen Schwerpunkt im Bereich Thoraxchirurgie hat), um in jedem Einzelfall abzuwägen, ob die Durchführung der PET zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist. In diese Entscheidung werden ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z. B. Pneumologie, Radiologie und Strahlentherapie) einbezogen.
- Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten, ggf. notwendigen Fachdisziplinen ist geregelt durch die Kooperation mit den in der beiliegenden Erklärung genannten, für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktäglich verfügbaren Institution und Einrichtungen. **(Bitte Anlage 1 beachten)**

### Zugelassene Indikationen bei onkologischen Fragestellungen:

- Bestimmungen des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.
- Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

### Das interdisziplinäre Team besteht mindestens aus:

- Dem für die Durchführung und Befundung der PET verantwortlichen Facharzt.
- Dem für die Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie.
- Einem Facharzt für Strahlentherapie.
- Soll die PET zur Klärung der Operabilität eingesetzt werden, wird ein Facharzt für Thoraxchirurgie (oder Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit der Teilgebietsbezeichnung Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, der seinen operativen Schwerpunkt im Bereich Thoraxchirurgie hat) einbezogen, um in jedem Einzelfall abzuwägen, ob die Durchführung der PET zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist; in diese Entscheidung werden ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete einbezogen.
- Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten, ggf. notwendigen Fachdisziplinen ist geregelt – ausgenommen ist die Regelung zur Verfügbarkeit einer thoraxchirurgischen Abteilung. **(Bitte Anlage 1 beachten)**

Zugelassene Indikationen bei onkologischen Fragestellungen:

- Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von größer 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie.

Das interdisziplinäre Team besteht mindestens aus:

- Dem für die Durchführung und Befundung der PET verantwortlichen Facharzt.
- Dem für die Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie.
- Dem verantwortlichen Strahlentherapeuten.
- Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten, ggf. notwendigen Fachdisziplinen ist geregelt – ausgenommen ist die Regelung zur Verfügbarkeit einer thoraxchirurgischen Abteilung.

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 zu vermeiden. Ausnahmen werden in jedem Einzelfall begründet. **(Bitte Anlage 1 beachten)**

Zugelassene Indikationen bei onkologischen Fragestellungen:

- Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten
  - mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren
  - oder
  - mit unbekanntem Primärtumorsyndrom des Kopf-Hals-Bereichs.
- Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht.

Das interdisziplinäre Team besteht mindestens aus:

- Dem für die Durchführung und Befundung der PET verantwortlichen Facharzt.
- Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie.
- Dem verantwortlichen Strahlentherapeuten.
- Einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.
- In die Entscheidungen sollen Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.
- Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten, ggf. notwendigen Fachdisziplinen ist geregelt – ausgenommen ist die Regelung zur Verfügbarkeit einer thoraxchirurgischen Abteilung. **(Bitte Anlage 1 beachten)**

## VII. Allgemeines

- Leistungen der Diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) bzw. der Diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) dürfen im Rahmen der Vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung durch die KV Bremen erteilt wurde. Rückwirkende Genehmigungen sind nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) bzw. der Diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

**Ich/Wir versichere(n) die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

## ANLAGE 1

### Erklärung zum interdisziplinären Team

Hiermit wird bestätigt, dass für die Versorgung der betroffenen Patienten (Indikationen) die Zusammenarbeit mit den notwendigen Fachdisziplinen geregelt ist. Die nachfolgenden Einrichtungen sind werktäglich verfügbar und für die Versorgung der GKV-Patienten zugelassen. Bitte Einrichtung und Ansprechpartner angeben und mit Stempel versehen

Wir bitten, die Anlage 1 dieses Vordruckes entsprechend auszufüllen.

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

Name, Vorname, ggf. Titel	
Anschrift	

#### und/oder

Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Name, Vorname, ggf. Titel	
Anschrift	

#### und

Radiologie mit technischem Fortschritt entsprechender bildgebender Diagnostik

Name, Vorname, ggf. Titel	
Anschrift	

#### und

Strahlentherapie

Name, Vorname, ggf. Titel	
Anschrift	

#### und/oder

Onkologie/Pneumologie

Name, Vorname, ggf.	
---------------------	--

Titel	
Unterschrift/Stempel	

**und**

Pathologie

Name, Vorname, ggf. Titel	
Anschrift	

**und/oder**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Name, Vorname, ggf. Titel	
Anschrift	

**und/oder**

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

A Name, Vorname, ggf. Titel	
Anschrift	

**Der/Die Antragssteller versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.**