

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/528200

## A N T R A G

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Diagnostischen Positronenemissionstomographien (PET) bzw. Diagnostischen Positronenemissionstomographien mit Computertomographie (PET/CT)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie,  
diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

.....  
ggf. Titel, Name, Vorname geb. am

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP 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 (EBM GOP) in der

Betriebsstätten-/Nebenbetriebsstätten-Nr. ....

Ort, Straße Hausnummer .....

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

- 34700 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen
- 34701 mit diagnostischer CT
- 34704 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen
- 34705 mit diagnostischer CT

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

- 34702 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen
- 34703 mit diagnostischer CT
- 34706 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen
- 34707 mit diagnostischer CT

**PSMA-PET des Körperstammes** mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu) Lutetiumvivotidtetraacetat:

- 34720 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen
- 34721 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) in der vertragsärztlichen Versorgung wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt. Falls ja, bitte Bescheid beifügen.

- |        |                          |    |                          |      |
|--------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| PET    | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| PET-CT | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| CT     | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

**Falls ja, wurde die 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 mindestens **1000 PET-Untersuchungen** zu onkologischen Fragestellungen **in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung**

und

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

und

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

**Bitte Urkunden sowie Zeugnisse / Nachweise beifügen, sofern diese der KV RLP 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 5,5 mm.
- Möglichkeit der technischen (softwarebasierten) Bildfusion mit -ggf. auch zeitversetzt durchgeführter-CT oder MRT.
- Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert).
- geeignete Notfallausrüstung, bestehend zumindest aus:
  - a. Frischluftbeatmungsgerät
  - b. Absaugvorrichtung
  - c. Sauerstoffversorgung
  - d. Rufanlage
  - e. Notfall-Arztkoffer

#### **V. Organisatorische Voraussetzungen**

Folgende Voraussetzungen werden erfüllt:

- Die Indikationsstellung zur PET erfolgt in einem Team in 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**

Folgende zusätzliche Anforderungen werden erfüllt:

- Bestimmung 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 Kardivaskularchirurgie, 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, gegebenenfalls notwendigen Fachdisziplinen ist geregelt durch eine Kooperation mit den in der beiliegenden Erklärung genannten, für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktätlich verfügbaren Institutionen und Einrichtungen.  
**(Bitte Anlage 1 beachten)**

Folgende **zusätzliche Anforderungen** werden erfüllt:

- Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschl. 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, gegebenenfalls notwendigen Fachdisziplinen ist geregelt – ausgenommen ist die Regelung zur Verfügbarkeit einer thoraxchirurgischen Abteilung.  
**(Bitte Anlage 1 beachten)**

Folgende **zusätzliche Anforderungen** werden erfüllt:

- 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 den 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, gegebenenfalls 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)**

Folgende **zusätzliche Anforderungen** werden erfüllt:

- Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten
  - mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren
  - oder**
  - mit unbekanntem Primärtumorsyndromen 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.

Folgende **zusätzliche Anforderungen** werden erfüllt:

- Entscheidung über die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie
- Initiales Staging bei Hodgkin-Lymphomen,
- Initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen

**Das interdisziplinäre Team besteht mindestens aus:**

- dem für die Durchführung und Befundung der PET verantwortlichen Facharzt
- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
**(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 schriftliche Genehmigung durch die KV RLP 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 eine 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.

Der/Die Unterzeichner versichert/versichern mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der  
abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)

**Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums, Instituts oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel MVZ, Institut

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des anstellenden Vertragsarztes

## Anlage 1

zum Antrag Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) bzw.  
Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)

### 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.

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

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

#### und/oder

- Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

#### und

- Radiologie mit technischem Fortschritt entsprechender bildgebender Diagnostik**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

#### und

- Strahlentherapie**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel



**und/oder**

- Onkologie/Pneumologie**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**und**

- Pathologie**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**und/oder**

- Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**und/oder**

- Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**Der/Die Unterzeichner versichert/versichern mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)