

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhausstraße 11  
72770 Reutlingen

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen PET und der diagnostischen PET mit CT

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**



_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

### Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

### Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/pet](http://www.kvbawue.de/pet)

Ich beantrage, folgende Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen:

- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen nach GOP 34700, 34702, 34704 und 34706 {PET1}
- Diagnostische Positronenemissionstomographie mit diagnostischer CT (PET/CT) nach GOP 34701, 34703, 34705 und 34707 EBM {PET2}

### Fachliche Befähigung nach § 3 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Facharztbezeichnung Nuklearmedizin

und/oder

- Facharztbezeichnung Radiologie, sofern die maßgebliche Weiterbildungsordnung zur Durchführung der PET berechtigt

und jeweils

- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung auf Genehmigung. Die Anleitung hat durch einen Arzt zu erfolgen, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt Nuklearmedizin befugt ist und zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der QS-Vereinbarung PET, PET/CT erfüllt. PET-Untersuchungen ohne Anleitung werden anerkannt, wenn sie im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden



und

- Nachweis von Kenntnissen und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z.B. CT oder MRT). Diese Kenntnisse und Erfahrungen sind zu erwerben durch die Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden.

### Zusätzlich wenn PET/CT beantragt wird:

- Ich verfüge über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

oder

- Ich kooperiere mit

Name, Vorname oder Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Titel                      Vorname                      Nachname                      LANR (Arzt-Nr.)

Hinweis: Der Kooperationspartner muss Mitglied der KV sein.

Bitte die Fachkunde im Strahlenschutz nach Strahlenschutzverordnung ggf. mit Aktualisierung - eigene oder die des Kooperationspartners - beilegen.

**Bitte alle erforderlichen Zeugnisse/Unterlagen in Kopie beifügen.**

### Apparative Ausstattung nach § 4

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung in der PET, PET/CT“

ist dem Antrag als Anlage beigefügt

wurde nachgewiesen durch:

_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

und liegt der KV bereits vor.

Sollte der Nachweis älter als 5 Jahre sein, bitte einen aktuellen Gerätenachweis vorlegen.



Eine geeignete Notfalleinrichtung wird vorgehalten. Sie erfüllt mindestens folgende Anforderungen:

Frischluftbeatmungsgerät

Absaugvorrichtung

Sauerstoffversorgung

Rufanlage

Notfall-Arztkoffer

### Organisatorische Voraussetzungen nach § 5

Nachweis über die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des interdisziplinären Teams und mit weiteren ggf. notwendigen Fachdisziplinen unter Nennung von Ansprechpartnern (s. Anlage zum Antrag)

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt



## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

# Anlage

## zum Antrag zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen PET und der diagnostischen PET mit CT - Nachweis über die Zusammenarbeit mit Mitgliedern des interdisziplinären Teams und mit kooperierenden Einrichtungen

\_\_\_\_\_  
Titel                      Vorname                      Nachname                      

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
LANR (Arzt-Nr.)

### Interdisziplinäre Teams nach § 5 Abs. 4-8 und Nr. 1 der Protokollnotiz

#### Bei Indikationen nach § 1 Nr. 1-3

- Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschl. 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

besteht ein interdisziplinäres Team aus mindestens:



- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin,
- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen und
- einem Facharzt für Thoraxchirurgie oder
  - einem Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
  - einem Facharzt für Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
  - einem 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 bzw. PET/CT zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist; Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie, Strahlentherapie) werden ggf. einbezogen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist

#### Bei Indikationen nach § 1 Nr. 4-5

- 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

besteht ein interdisziplinäres Team aus mindestens:

- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärztin,
- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und

- einem Facharzt für Strahlentherapie.

Soll die PET bzw. PET/CT zur Klärung der Operabilität eingesetzt werden, ist ein Facharzt für Thoraxchirurgie einzubeziehen oder

- ein Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
- ein Facharzt für Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie oder
- ein 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 bzw. PET/CT zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist; Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie, Strahlentherapie) werden ggf. einbezogen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

#### Bei Indikationen nach § 1 Nr. 6 und Nr. 10

- Staging-Untersuchungen beim Hodgkin-Lymphomen bei Erwachsenen bei Ersterkrankung und bei rezidivierter Erkrankung. Ausgenommen hiervon ist der Einsatz der PET in der Routine-Nachsorge von Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv des Hodgkin-Lymphoms
- Initiales Staging bei Hodgkin-Lymphomen

besteht das interdisziplinäre Team mindestens aus:

- dem/ für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten und
- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie, Strahlentherapie) werden in die Entscheidung über die Bestrahlung von Resttumoren ggf. einbezogen



#### Bei Indikationen nach § 1 Nr. 7-8

- 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

besteht das interdisziplinäre Team mindestens aus:

- dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten,
- dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder einem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- dem verantwortlichen Strahlentherapeuten und
- einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z.B. Pneumologie, Radiologie oder Strahlentherapie) werden einbezogen, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

## Kooperierende Einrichtungen nach § 5 Abs. 9

- Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der betroffenen Patienten gegebenenfalls notwendigen Fachdisziplinen ist geregelt durch eine Kooperation mit nachfolgend genannten, für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen, werktäglich verfügbaren Institutionen und Einrichtungen.

Bitte die kooperierende Einrichtung und einen Ansprechpartner benennen:

### 1. Indikationen nach § 1 Nr. 1-3 (s. o.):

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

---

Name der Einrichtung

---

Ansprechpartner

### 2. Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10 (s. o.):

Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie:



---

Name der Einrichtung

---

Ansprechpartner

### 3. Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 (s. o.):

Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT):

---

Name der Einrichtung

---

Ansprechpartner

### 4. Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 (s. o.):

Strahlentherapie:

---

Name der Einrichtung

---

Ansprechpartner

**5. Indikationen nach § 1 Nr. 1-5 (s. o.):**

Onkologie/Pneumologie:

---

Name der Einrichtung

---

Ansprechpartner

**6. Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 (s. o.):**

Pathologie:

---

Name der Einrichtung

---

Ansprechpartner

**7. Indikationen nach § 1 Nr. 7-8 (s. o.):**



---

Name der Einrichtung

---

Ansprechpartner