

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT)

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

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon: Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
- in ausgelagerten Praxisräumen (Nebenbetriebsstätte)
- im Rahmen einer Anstellung
 - bei einem Vertragsarzt
 - in einem MVZ
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der PET, PET/CT durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

- nein
- ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

PET-Untersuchung		
34700	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes	<input type="checkbox"/>
34702	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes	<input type="checkbox"/>
34704	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>
34706	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>
PET-CT-Untersuchung		
34701	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes	<input type="checkbox"/>
34703	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes	<input type="checkbox"/>
34705	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>
34707	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT)

- Facharzt für Nuklearmedizin
oder
 - Facharzt für Radiologie (mit Berechtigung zur Durchführung der PET nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung)
und
 - Nachweis der selbstständigen Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen **innerhalb der letzten fünf Jahre** vor Antragstellung:
 - Die v.g. PET-Untersuchungen wurden unter Anleitung eines Arztes erbracht, der nach der Weiterbildungsordnung für mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt für Nuklearmedizin befugt ist. Der anleitende Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der QS-Vereinbarung PET, PET/CT erfüllen.
oder
 - Die v.g. PET-Untersuchungen wurden ohne Anleitung im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztztätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht.
 - Nachweis von Kenntnissen und Erfahrungen in der Einordnung von PET-Befunden in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z.B. CT oder MRT) durch die Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden.
- Zusätzliche Voraussetzungen bei der Durchführung einer diagnostischen PET mit CT:**
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie liegt vor.

oder

- Radiologischer Kooperationspartner, der über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie verfügt:

.....
Titel, Vorname, Name, Praxis-/Krankenhauseschrift

.....
Unterschrift kooperierender Arzt

Apparative Voraussetzungen

- Ich bestätige, dass ich die in der Vereinbarung beschriebene Notfallausrüstung nach § 4 Nr. 4 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT (Frischlufbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Rufanlage, Notfall-Arztkoffer) vorhalte.
- Apparategemeinschaft mit

Bitte fügen Sie dem Antrag von PET, PET/CT Leistungen die Anlage 1 (Gerätemeldung) ausgefüllt vom Hersteller bei.

Organisatorische Voraussetzungen nach § 5 der QSV

- Es wird gewährleistet, dass die Indikationsstellungen zur PET und PET/CT, die Befundbesprechungen sowie die Nachbesprechungen in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen.
- Es wird gewährleistet, dass die Anforderungen an die Zusammenstellung des interdisziplinären Teams entsprechend den Indikationen nach § 1 Nr. 1 bis 10 erfüllt werden.
- Positive PET-Befunde, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen würden, 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.
- Die Zusammenarbeit mit weiteren, für die Versorgung der 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 jeweils die kooperierende Einrichtung und einen Ansprechpartner benennen:

1. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-3 QSV:
Eigenständige thoraxchirurgische Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von in Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie oder thoraxchirurgisch tätigen Fachärzten

.....

2. Für Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10 QSV:
FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

.....

3. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 QSV:
FA für Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT)

.....

4. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 QSV:
FA für Strahlentherapie

.....

5. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-5 QSV:
FA für Onkologie/Pneumologie

.....

6. Für Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 QSV:
FA für Pathologie

.....

7. Für Indikationen nach § 1 Nr. 7-8 QSV:
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

.....

Dokumentation nach § 6 der QSV

- Patientenbezogene Dokumentation der Ergebnisse der interdisziplinären Indikationsstellung, Befundbesprechung und Nachbesprechung.
- Patientenbezogene Dokumentation der Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung des Ergebnisses der durchgeführten PET- bzw. PET/CT-Untersuchung mit histologischen oder zytologischen bzw. radiologischen Befunden

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Thüringen die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung PET, PET/CT (§ 9 Abs. 4 der Vereinbarung) entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 7 QS-Vereinbarung an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen teilnehmen muss. Zu erwerben sind mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten.

Mir ist bekannt, dass Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, verpflichtet sind, an einer regelmäßigen Überprüfung der Dokumentation nach § 8 QS-Vereinbarung PET, PET/CT teilzunehmen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach sowie Änderungen an der behördlichen Genehmigung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der PET, PET/CT im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

<p><i>Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:</i></p> <p><i>Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der PET, PET/CT wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.</i></p>

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.