

## **Anlage 1 zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Positronenemissionstomographie (PET) und der Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

### **Organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung der PET, PET/CT gemäß Abschnitt B § 5 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT**

- Die Durchführung der PET/CT erfolgt unter Einsatz eines kombinierten PET/CT-Gerätes, wenn nicht die fachlichen Anforderungen zur CT Durchführung vorliegen, in Zusammenarbeit mit einem Arzt, der die fachlichen Anforderungen dafür erfüllt.
- Die Indikationsstellung zur PET und PET/CT erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit, ebenso die Befundbesprechungen zur Planung des Weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET bzw. PET/CT-Befunde und die Nachbesprechungen in Kenntnis der histologischen und ggf. operativen Befunde.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen **Indikationen** bei onkologischen Fragestellungen sind:

1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschl. der Detektion von Fernmetastasen
2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen
3. 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
4. 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
5. 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
6. Staging-Untersuchungen beim Hodgkin-Lymphom 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
7. Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten
  - mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumorenoder
  - mit unbekanntem Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs
8. 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
9. Maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen
10. Initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen
11. Entscheidung über die Durchführung einer zugelassenen nuklearmedizinischen Therapie mit <sup>177</sup>Lu-Lutetiumvipivotidtraxetan bei Patienten mit einem progredienten, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRRC), die zuvor mittels Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurde

### Zusammensetzung interdisziplinäres Team:

- (1) bei den **Indikationen 1-3**: mindestens aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen und einem Facharzt für Thoraxchirurgie, ob die Durchführung zur Entscheidung über eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> dem für den Patienten onkologisch verantw. Arzt oder Onkologen <b>und</b>		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Thoraxchirurgie		

- (2) bei den **Indikationen 4-5**: aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und einem Facharzt für Strahlentherapie. Zur Klärung der Operabilität ist ein Facharzt für Thoraxchirurgie einzubeziehen, ob eine thoraxchirurgische Intervention erforderlich ist

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> dem für den Patienten onkologisch verantw. Arzt oder Onkologen <b>oder</b>		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie <b>und</b>		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Strahlentherapie		
<input type="checkbox"/> ggf. Facharzt für Thoraxchirurgie		

- (3) bei den **Indikationen 6 und 10**: aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> dem für den Patienten onkologisch verantw. Arzt <b>oder</b>		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

- (4) bei den **Indikationen 7-8**: aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen oder 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

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> dem für den Patienten onkologisch verantw. Arzt oder Onkologen <b>oder</b>		
<input type="checkbox"/> FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie <b>und</b>		
<input type="checkbox"/> FA für Strahlentherapie <b>und</b>		
<input type="checkbox"/> FA für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde <b>oder</b>		
<input type="checkbox"/> FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		

- (5) bei der **Indikation 11**: aus dem/n für die Durchführung und Befundung der PET bzw. PET/CT verantwortlichen Facharzt/Fachärzten nach § 3 der QS-Vereinbarung, dem für den Patienten onkologisch verantwortlichen Arzt oder Facharzt für Urologie mit Weiterbildung in der Medikamentösen Tumorthherapie und einem Facharzt für Nuklearmedizin

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> dem für den Patienten onkologisch verantw. Arzt <b>oder</b>		
<input type="checkbox"/> FA für Urologie mit Weiterbildung in der Medikamentösen Tumorthherapie <b>und</b>		
<input type="checkbox"/> FA für Nuklearmedizin		

- (6) In die Entscheidung über

- die Erforderlichkeit einer thoraxchirurgischen Intervention bei den Indikationen nach § 1 Nr. 1-5
- die sich aus dem Staging ergebende Therapieplanung nach § 1 Nrn. 6 und 10
- die Durchführung einer Neck Dissection nach § 1 Nr. 7
- die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie nach § 1 Nr. 8
- die Durchführung einer Therapie mit (177 Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat nach § 1 Nr. 11

sollen ggf. Ärzte weiterer betroffener Fachgebiete (z. B. Pneumologie, Radiologie, Strahlentherapie oder Urologie mit Weiterbildung in der Medikamentösen Tumorthherapie) einbezogen werden, sofern deren Expertise für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

**Kooperation mit für die Versorgung von GKV-Patienten zugelassenen Institutionen und Einrichtungen** (je kooperierende Einrichtung ist ein Ansprechpartner zu benennen, die Einrichtungen müssen werktäglich verfügbar sein):

- a) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-3:** eigenständige Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit bzw. eine entsprechende Anzahl von Teilzeit tätigen Fachärzten für Thoraxchirurgie oder den in dieser Anlage auf Seite 2 genannten thoraxchirurgisch tätigen Fachärzten

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> thoraxchirurgische Abteilung		

- b) **Indikationen nach § 1 Nr. 6-8 und 10 und 11:** Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

- c) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 und 11:** Radiologie mit dem technischen Standard entsprechender bildgebender Diagnostik (MRT, CT)

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> Radiologie		

- d) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-8 und 10 und 11:** Strahlentherapie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie		

- e) **Indikationen nach § 1 Nr. 1-5:** Onkologie/Pneumologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> Onkologie/Pneumologie		

- f) **Indikationen nach § 1-8 und 10 und 11:** Pathologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> Pathologie		

- g) **Indikationen nach § 1 Nr. 7-8:** Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde <b>oder</b>		
<input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		

h) **Indikationen nach § 1 Nr. 11:** Urologie

Fachdisziplin	Titel, Vorname, Name	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> Urologie		

**Positive PET-Befunde**, außer bei Prostata-Karzinom, die eine entscheidende Änderung des therapeutischen Vorgehens begründen würden, sind grundsätzlich histologisch oder zytologisch bzw. im weiteren Verlauf bildgebend zu verifizieren, um therapeutische Fehlentscheidungen aufgrund falsch-positiver Befunde zu vermeiden. Ausnahmen sind in jedem Einzelfall zu begründen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des