

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag	Dezernat Versorgung
	Erstbefunder	Stand 19.03.2026
	Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie	QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 4

Allgemeiner Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen und beinhaltet keine Wertung.

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Dezernat Versorgung
FB Patientensicherheit
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Niedrigdosis-Computertomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) und der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung (LuKrFrühErkV)

Leistungserbringer/in

Name, Vorname, Titel	LANR
----------------------	------

☐ Anschrift

@ E-Mail-Adresse	☎ Telefonnummer
------------------	-----------------

Tätigkeitsart

Ab/Seit: _____ ☐ niedergelassen ☐ angestellt ☐ ermächtigt
☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Einrichtung

 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

☐ Praxisübernahme von: _____
 Name, Vorname

Teilnahme an ☐ hausärztlicher Versorgung ☐ fachärztlicher Versorgung

 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

✉ Anschrift	BSNR
-------------	------

✉ Anschrift	BSNR
-------------	------

✉ Anschrift	BSNR
-------------	------

**Beantragte Leistungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen ☑)

- ☐ 01871 Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie
- ☐ 01872 Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie bei innerhalb von 12 Monaten vorausgegangenem kontrollbedürftigen Befund
- ☐ 01878 Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie
- ☐ 01880 Beratung des Versicherten bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie
- ☐ 01881 Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie

Nachweis der Genehmigungsvoraussetzungen**Fachliche Voraussetzungen gemäß § 6 LuKrFrühErkV**

(Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ und die genannten Nachweise beifügen.)



- ☐ Facharzturkunde Radiologie **oder** ☐ wurde der KVS bereits nachgewiesen



- ☐ Nachweis über: Befundung und Dokumentation von mindestens 200 Untersuchungen mittels Thorax-Computertomographie im Jahr vor Aufnahme der Ausübung der Lungenkrebsfrüherkennung



- ☐ Nachweis über: Fortbildung im Bereich der Untersuchung zur Lungenkrebsfrüherkennung
1. ☐ § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, Abs. 2 Nr. 1 LuKrFrühErkV: Wissen im Bereich der Untersuchung zur Lungenkrebsfrüherkennung durch Fortbildung



- ☐ Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend) und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde (alle 5 Jahre erforderlich) im Strahlenschutz nach §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung



- ☐ Kooperationsvereinbarung mit Zweitbefunder (nachgewiesene Tätigkeit an einer Einrichtung, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs gemäß § 43 Abs. 4 KFE-RL spezialisiert ist, sowie Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) unter Angabe der verwendeten elektronischen Kommunikations- und Informationstechnologien (§ 42 Abs. 1 LuKrFrühErkV)

**Apparative und technische Voraussetzungen**

(Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ und die genannten Nachweise beifügen.)

Bezeichnung des Computertomographen: _____

Equipment-Nr: _____

(bitte stets angeben)

TÜV-Prüfberichts-Nr: _____



☐ Nachweis Medizinprodukt:

Software zur computerassistierten Detektion: _____

Der **Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Sachverständigen-Prüfrichtlinie** (vollständiger Prüfbericht des Sachverständigen mit Angaben zur technischen Ausstattung, aus dem die Art der Anwendung des Computertomographen nach Anlage 1 Sachverständigen-Prüfrichtlinie hervorgeht)



☐ ist dem Antrag beigelegt.

☐ wurde bereits durch Antragsstellung von (Vor-/Nachname, Antragsdatum).....

..... nachgewiesen und liegt der KVS bereits vor.

und



☐ Eine aktuelle Gewährleistungserklärung vom Hersteller/Vertreiber ausgefüllt und unterzeichnet (Formular als Anlage anbei) ist für jedes genutzte Gerät beigelegt.

und



☐ Die **Mitteilung der zuständigen Behörde über die erfolgte Anzeige nach § 19 Abs. 1 bzw. Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 des StrlSchG zum Betrieb des Computertomographen** ist beigelegt (ausgestellt vom Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz).



Standort des Gerätes/der Geräte

Der Computertomograph steht

☐ in meiner Praxis (bitte BSNR angeben)

☐ in den Räumen der Apparatgemeinschaft (bitte Name und BSNR angeben)

.....

.....

☐ im Krankenhaus

.....

.....

Jede wesentliche Veränderung an der Apparatur sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

☐ ich die Voraussetzungen hinsichtlich der Indikation nach § 2 der LuKrFrühErkV, die Anspruchsvoraussetzungen nach § 38 der KFE-RL und organisatorischen Anforderungen nach § 13 e der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie zur Kenntnis genommen habe.

☐ ich die Erstellung der Quartalsberichte an die KVS im Rahmen der Lungenkrebsfrüherkennung durchführen werde (Anzahl untersuchter Personen, Anzahl kontrollbedürftiger Befunde, Anzahl abklärungsbedürftiger Befunde) und der pseudonymisierten Weiterleitung an die KBV und den GBA zustimme.

☐ ich die Anforderung an nachfolgende Anzahl an Untersuchungen der Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomographie zur Lungenkrebsfrüherkennung befunden, dokumentieren und nachweisen werde

- 100 Untersuchungen im ersten Jahr der Ausübung der Lungenkrebsfrüherkennung und
- 200 Untersuchungen pro Jahr ab dem zweiten Jahr der Ausübung der Lungenkrebsfrüherkennung

oder

- § 6 Abs. 1 S. 3 und 4 und Abs. 2 S. 3 LuKrFrühErkV: Befundung und Dokumentation von Fallbeispielen im Rahmen einer Fortbildung

und ich bis zum erfolgreichen Abschluss der Fortbildung bei Nichterfüllung der Frequenz keine Untersuchungen zur Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie durchführen werde.

☐ ich Kenntnis davon habe, dass bei Nichterfüllen der Anforderungen die Genehmigung spätestens im Folgejahr durch die KVS widerrufen werden kann und diese unverzüglich widerrufen wird, wenn der Zweitbefunder nicht mehr an einer Einrichtung, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs gemäß § 43 Abs. 4 KFE-RL spezialisiert ist, tätig ist.

☐ ich die Anlage zu § 4 Absatz 1 Satz 1 zur LuKrFrühErkV zur Kenntnis genommen habe und die Anforderungen an den Computertomographen, den Befundarbeitsplatz, die Datenübermittlung zum Zweitbefunder und die Durchführung der Untersuchung sowie an die Software zur computerassistierten Detektion umsetzen werde.

☐ mir bekannt ist, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVS über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

Hinweis zum Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage des § 95 SGB V erhoben und verarbeitet. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Saarland erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: <https://www.kvsaarland.de/datenschutz>.



Datum

Unterschrift Leistungserbringer/in

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigter
Arzt/BAG/MVZ

Stempel

(Name zusätzlich in Druckbuchstaben angeben)