

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-523, -524
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“

gemäß Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen i. V. m. der regionalen ergänzenden Vereinbarung über die Teilnahmevoraussetzungen und die Vergütung für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten in Berlin gültig ab 01.10.2009

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

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

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) i. V. m. der regionalen ergänzenden Vereinbarung über die Teilnahmevoraussetzungen und die Vergütung für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten in Berlin

und

die Abrechnungsgenehmigung für:

die Behandlung florider Hämoblastosen nach der Kostenpauschale	86510
die Behandlung solider Tumore nach der Kostenpauschale	86512
die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie nach dem Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512	86514
die intravasale zytostatische Tumortherapie nach dem Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512	86516
die Palliativversorgung nach dem Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512	86518
die orale zytostatische Tumortherapie nach dem Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512	86520

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1. _____
Adresse

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

Nebenbetriebsstättennummer

2. _____
Adresse

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

Nebenbetriebsstättennummer

3. _____
Adresse

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

Nebenbetriebsstättennummer

4. _____
Adresse

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

Nebenbetriebsstättennummer

A. Fachliche Befähigung gem. § 3 Abs. 2 Onkologie-Vereinbarung

1. Ich verfüge über folgende Facharztweiterbildung:

- mit Schwerpunkt „Hämatologie und Internistische Onkologie“
- mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“
- mit „Medikamentöser Tumortherapie“ als integralem Bestandteil der Facharztweiterbildung
- mit der Zusatzbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“

(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)

und

Nachweis der Patientenmindestzahlen gem. § 3 Abs. 4 Onkologie-Vereinbarung i.V.m. § 1 Abs. 1 Vereinbarung über die Teilnahmevoraussetzungen und die Vergütung für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten in Berlin

2. Ich habe nachfolgende Patientenzahlen betreut:

(die geforderten Patientenzahlen sind quartalsbezogene Durchschnittswerte, die aus den letzten 12 Monaten vor Antragstellung zu ermitteln sind)

Durchschnittliche Anzahl behandelter Patienten
mit soliden oder hämatologischen Neoplasien je Quartal

und

durchschnittliche Anzahl der Patienten, die mit
medikamentöser Tumortherapie je Quartal behandelt wurden

und

durchschnittliche Anzahl der Patienten, die mit
intravenöser/intrakavitärer antineoplastischer / intraläsionaler
Therapie je Quartal behandelt wurden

(Der Nachweis der Patientenzahlen ist durch geeignete Bescheinigungen oder anhand von Patientenlisten unter Angabe der Patientennamen, der Geburtsdaten, der Diagnosen und der angewandten Therapieformen im Original bzw. als beglaubigte Fotokopie zu belegen)

und

3. Zur Durchführung von Hämotherapie führe ich den Nachweis durch

- Vorlage der Anerkennung als transfusionsermächtigter Arzt durch die Ärztekammer
- a) Nachweis ist dem Antrag beigelegt
- b) Nachweis wird nachgereicht

B. Fachliche Befähigung gem. § 3 Abs. 7 i.V.m. Anhang 3 Onkologie-Vereinbarung

Angaben zu diesem Abschnitt sind nur erforderlich, wenn die Voraussetzungen nach Abschnitt A nicht erfüllt werden.

ich verfüge über eine

- zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung oder berufsbegleitend in der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen

mit nachgewiesenen Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in den Gebieten:

- Durchführung und Beurteilung diagnostischer Maßnahmen bei Erkrankungen einschließlich der Diagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen
- Pharmakologie, Toxikologie und Pharmakodynamik der medikamentösen Krebstherapie
- Therapie neoplastischer Erkrankungen einschließlich Langzeitbehandlung unter Anwendung wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren
- Therapie mit Blutbestandteilen
- Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, insbes. die Behandlung von Infektionen, thromboembolischen Komplikationen sowie Schmerztherapie
- Psychosoziale Krankenbetreuung

(Die fachliche Befähigung sowie die Kenntnisse und praktischen Erfahrungen in den o.g. Gebieten sind durch entsprechende beigefügte Zeugnisse und Bescheinigungen im Original bzw. als beglaubigte Fotokopie belegt)

- Zur Durchführung der intravasalen (intravenös/intraarteriell) zytostatischen Chemotherapie im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung kann ich den zusätzlichen Nachweis einer besonderen fachlichen Befähigung führen.**

1. Der Nachweis gilt zur Behandlung von malignen hämatologischen Systemerkrankungen und aller solider Tumore als erbracht:

- Für Internisten durch die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“

oder

- für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung durch die Vorlage der anonymisierten Dokumentation von 200 Therapiezyklen bei Patienten mit maligner hämatologischer Systemerkrankung, sowie von 500 Therapiezyklen bei Patienten mit soliden Tumoren der in Nr. 3 des Anhangs 3 Onkologie-Vereinbarung genannten Organgebiete

2. Der Nachweis gilt zur Behandlung von soliden Tumoren in den genannten Organgebieten als erbracht:

- Für Fachärzte mit onkologischem Tätigkeitsfeld durch die Berechtigung zum Führen der Fachgebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung und durch die Vorlage der anonymisierten Dokumentationen von 200 Therapiezyklen pro Organgebiet. Bei Erfüllung der Voraussetzung in einem Organgebiet ist für jedes weitere die anonymisierte Dokumentation von 100 Therapiezyklen vorzulegen.

Als Organgebiete gelten:

- Gastro-Intestinaltrakt
- Uro-Genitaltrakt
- Respirationstrakt
- Mamma
- Skelett, Haut, endokrine Organe

und

- Vorlage einer Bescheinigung, dass diese Therapien an Abteilungen oder Stationen mit jährlich mindestens 400 Therapiezyklen selbständig durchgeführt wurden

Hinweis:

Bitte fügen Sie die anonymisierten Dokumentationen bei. Aus den beigefügten anonymisierten Dokumentationen muss hervorgehen, dass sich die Therapiezyklen auf die Anwendung der intravasalen zytostatischen Chemotherapie beziehen. Die Dokumentation der Therapiezyklen muss die Beurteilung des Behandlungserfolges und Aussagen zu den Nebenwirkungen enthalten, sowie Angaben zu den supportiven Behandlungsverfahren einschließen. Als Therapiezyklus gilt ein zusammenhängender Behandlungsabschnitt von mindestens dreiwöchiger Dauer.

C. Organisatorische Maßnahmen gem. § 5 Onkologie-Vereinbarung

Hiermit versichere ich, dass ich folgende organisatorische Maßnahmen vorhalte:

- Ständige Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, insbesondere mit dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst, den Fachabteilungen benachbarter Krankenhäuser und einem Hospiz
- Sicherstellung einer 24-stündigen Rufbereitschaft
- Notfallpläne für Patienten mit onkologischen Erkrankungen einschließlich der schnellstmöglichen Verlegung auf die Intensivstation bzw. in ein Krankenhaus
- Einrichtung spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung
- Ausreichend qualifiziertes Personal (staatlich geprüftes Pflegepersonal mit onkologischer Erfahrung) zu beschäftigen oder als Assistenz qualifizierte Arzthelferinnen hinzuzuziehen, die über eine dreijährige onkologische Qualifikation von 120 Stunden, die auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden kann, verfügen.
(entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen in Kopie beifügen)

Name, Vorname: _____

Qualifikation: _____

Name, Vorname _____

Qualifikation: _____

- Abfallentsorgung nach den Richtlinien der jeweils zuständigen Behörde
- Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum

D. Pflichten gem. §§ 6 u. 7 Onkologie-Vereinbarung

Hiermit verpflichte ich mich:

Zur Bildung einer onkologischen Kooperationsgemeinschaft, in der folgende Kompetenzen vorhanden sind:

Schwerpunkt Hämatonkologie

Name: _____

Pathologie

Name: _____

Radiologie

Name: _____

Strahlentherapie

Name: _____

Palliativmedizin (mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)

Name: _____

ggf. weitere Fachdisziplin

Name: _____

ggf. weitere Fachdisziplin

Name: _____

- Zur kontinuierlichen Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer anerkannt sind sowie zum jährlichen Nachweis von 50 Fortbildungspunkten; die Fortbildungsinhalte müssen sich schwerpunktmäßig auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen.
- Zur Teilnahme an mindestens 2 nachweislich industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen pro Jahr.
- Zum Nachweis, dass das Personal mindestens an einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung im Jahr teilgenommen hat, die von den Ärztekammern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt ist.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden,

1. dass die gem. § 300 SGB V durch die Krankenkassen geprüften (anonymisierten) versichertenbezogenen Daten arztbezogen an die Onkologie-Kommission gem. § 10 der Onkologie-Vereinbarung zur gezielten Pharmakotherapieberatung weitergeleitet werden,

Ja

Nein

2. dass die Onkologie-Kommission eine Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten gem. §§ 5 u. 6 durchführt.

Ja

Nein

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach der vg. Vereinbarung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift +Arztstempel

Unterschrift Leiter der Einrichtung