

An alle Fachärztinnen und Fachärzte für  
Urologie.

**Der Vorstand  
Ansprechpartner:**  
Service-Center  
Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
Fax: (030) 3 10 03 – 900  
service-center@kvberlin.de

06. Mai 2014

**Neu ab 01.05.2014:**

**Vertrag nach § 73c SGB V zur Therapieform „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zum **01. Mai 2014** hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin gemeinsam mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) und der AOK Nordost einen **Vertrag zur Therapieform „Active Surveillance“** beim Prostatakarzinom geschlossen. Der Vertrag bietet allen Versicherten der AOK Nordost, die an einem Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom (siehe Anlage 1 des Vertrages) erkrankt sind, Active Surveillance als eine besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V an.

Als Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie können Sie an dem Vertrag teilnehmen. Hierzu bedarf es

- einer Teilnahme an der **Onkologie-Vereinbarung als onkologisch qualifizierter Arzt**

oder

- eines Nachweises über die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungsveranstaltungen (Schwerpunkt Onkologie) mit mindestens 50 CME-Punkten innerhalb des Vorjahres

oder

- eines Nachweises über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (Schwerpunkt Onkologie) mit mindestens 50 CME-Punkten bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres

**sowie**

- Ihrer Erklärung zur Teilnahme am Vertrag gegenüber der KV Berlin (siehe Anlage 2 des Vertrages). Die Teilnahmeerklärung haben wir beigelegt.

Die Versicherten der **AOK Nordost**, welche die Leistungen des Vertrages zur Therapieform Active Surveillance in Anspruch nehmen möchten, müssen ihre **Teilnahme schriftlich** erklären (siehe Anlage 3 des Vertrages). Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten, die Ihnen postalisch oder persönlich vom BDU (Adresse: Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU); Kuno-Fischer-Straße 8; 14057 Berlin; Tel.: 030/30207566; E-Mail: baeumer@bdu-

**Ab 01.05.2014:**  
**Active-  
Surveillance-  
Vertrag  
mit dem BDU  
und der  
AOK Nordost**

Ihre  
Teilnahme-  
erklärung

**Schriftliche Teil-  
nahmeerklärung  
der  
Versicherten**

urologie.de) zur Verfügung gestellt werden, sind bis zum Zehnten eines Kalendermonats für den Vormonat gesammelt an die AOK Nordost (Adresse: AOK Nordost – Die Gesundheitskasse; Beleglesung (IT/0/7); 14456 Potsdam) zu senden.

Die AOK Nordost vergütet die vertraglich vereinbarten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei der Abrechnung folgender Symbolnummern:

Leistung	SNR	Vergütung
<b>Aufklärungs-/Erstgespräch</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aufklärung des Versicherten über den Vertragsinhalt</li><li>- Besprechung der Patienteninformation und Aufklärungsbogen (Anlage 4)</li><li>- Aushändigung des Gesprächsleitfadens (Anlage 5)</li><li>- Thematisierung von Ängsten und Sorgen anhand des Gesprächsleitfadens</li><li>- Dokumentation des Aufklärungs-/ Erstgesprächs gemäß Anlage 6</li></ul>	90060	43,50 €
<b>Beratungsgespräch einmal pro Quartal</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Individuelle Besprechung auf Basis der Anlage 6</li><li>- Beantwortung von Versichertenfragen zur vertragsgegenständlichen Therapie, bei Bedarf auch Einbeziehung von Angehörigen</li><li>- Dokumentation des Beratungsgesprächs gemäß Anlage 6</li><li>- Quartalsweise Erinnerungsschreiben zur Kontrolle des PSA-Wertes an den Versicherten</li></ul>	90061	30,00 €

Die Vergütung ist ab 2015 vertraglich mit **45,00 €** (SNR 90060) beziehungsweise **30,00 €** (SNR 90061) vereinbart.

Den Vertrag einschließlich der genannten Anlagen sowie die Teilnahmeerklärung finden Sie auf der Homepage der KV Berlin ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)) unter:

*Für die Praxis* → *Verträge/Recht* → *Verträge* → *Active Surveillance*.

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter des Service-Centers gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende

Dr. med. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender

Burkhard Bratzke  
Vorstandsmitglied

**Abrechnung  
und Vergütung:**

**SNR 90060  
SNR 90061**

**☎ 31003-999**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 665, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung  
am Vertrag zur Therapie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom**

**gemäß § 73c SGB V mit der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und  
dem Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. (BDU)  
(In Kraft getreten am 01.05.2014)**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

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

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angegebenen angestellten Arzt die Teilnahme an dem o. g. Vertrag zur Therapie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom und

- besitze bzw. der angestellte Arzt besitzt die Facharztanerkennung für Urologie  
*(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt.)*

und

- nehme bzw. der angestellte Arzt nimmt an der Onkologie-Vereinbarung teil

oder

- habe bzw. der angestellte Arzt hat den Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen mit Schwerpunkt Onkologie mit mindestens 50 CME-Punkten innerhalb des Vorjahres beigefügt  
*(Bescheinigungen sind in Kopie beigefügt)*

oder

- verpflichte mich bzw. der angestellte Arzt verpflichtet sich, den Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen mit Schwerpunkt Onkologie mit mindestens 50 CME-Punkten bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres (Jahr der Teilnahmeerklärung) zu erbringen und bis zum 31.03. des Folgejahres bei der KV Berlin einzureichen

und

- habe bzw. der angestellte Arzt hat die Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erfüllt.



Hiermit verpflichte ich mich bzw. der angestellte Arzt verpflichtet sich

- zur Erfüllung der Aufgaben des teilnehmenden Vertragsarztes gemäß § 6 des o. g. Vertrages,
- zum jährlichen Nachweis über die Teilnahme einschlägiger Fortbildungsveranstaltungen (Schwerpunkt Onkologie) mit mindestens 50 CME-Punkten gemäß § 3 Abs. 2 des o. g. Vertrages (der jährliche Nachweis hat bis zum 31.03. des Folgejahres zu erfolgen) und
- zur Teilnahme an den Evaluationsmaßnahmen gemäß § 9 Abs. 2 des o. g. Vertrages.

**Ich bin bzw. der angestellte Arzt ist umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur Therapie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom informiert. Der Vertragsinhalt ist mir bzw. dem angestellten Arzt bekannt.**

**1. Mir bzw. dem angestellten Arzt ist insbesondere bekannt,**

- dass der Inhalt der Aufklärungsgespräche zur Einschreibung des Versicherten sowie die Inhalte der Quartalsgespräche mit Hilfe des standardisierten Dokumentationsbogens (Anlage 6) zu dokumentieren sind (§ 6 Abs. 8),



- *dass die zu übermittelnden Diagnosen vollständig zu dokumentieren sind (§ 7 Abs. 10),*
- *dass die von den Versicherten unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (Anlage 3) im Original bis zum 10. eines Kalendermonats für den Vormonat gesammelt an die AOK Nordost zu senden sind (§ 6 Abs. 4),*
- *dass die Teilnahme an dem Vertrag u. a. endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind, ein wesentlicher Verstoß gegen Inhalte des Vertrages festgestellt wird oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt (§ 12),*
- *dass der o. g. Vertrag und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung sind.*

**2. Ich stimme bzw. der angestellte Arzt stimmt der namentlichen Veröffentlichung (Titel, Vorname und Name zusammen mit der Praxisanschrift und der Praxistelefonnummer) im Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der KV Berlin zu.**

**3. Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu.**

**4. Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistungen zur Therapie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
ggf. Unterschrift des Leiters  
(Einrichtung/MVZ)