

An alle
onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte
mit einer Abrechnungsgenehmigung
nach Ersatzkassenvertrag, SNR 86502-86505

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

22.09.2008

**Onkologievereinbarung mit der Knappschaft ab 01.01.2008
Leistungen, SNR 86502 bis 86505 und Pauschalen wie bei Ersatzkassen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit der Knappschaft eine Vereinbarung zur onkologischen Versorgung abgeschlossen. Sie entspricht im Wesentlichen der bundesweiten Ersatzkassenvereinbarung (Anlage 7 zum Ersatzkassenvertrag-EKV vom 20.06.1995). Die Leistungsbereiche, Symbolnummern (SNR) und Pauschalen sind identisch (siehe Rückseite).

Als onkologisch verantwortlicher Arzt mit einer Abrechnungsgenehmigung für die genannten Ersatzkassen-SNRn können Sie die Teilnahme an der Knappschaft-Vereinbarung mit einem vereinfachten Antragsformular beantragen, das diesem Rundschreiben beigelegt ist.

Für die Abrechnung entsprechender Knappschafts-Patienten notieren Sie bitte ab dem 3. Quartal 2008 nur noch die SNR der neuen Vereinbarung. Für die rückwirkende Abrechnung der Quartale I und II / 2008 verwenden Sie bitte das beiliegende Sonderformular für Knappschafts-Patienten, bei denen Sie Leistungen gemäß der genannten SNR erbracht haben.

Den vollständigen Vertrag werden wir wie immer für Sie auf der Internetseite der KV Berlin unter der Rubrik „Für die Praxis/Verträge und Recht“ bereitstellen. Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kräffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Mitglied im Vorstand

Anlagen:

Vereinfachter Antrag auf Teilnahme an der Knappschafts-Vereinbarung Onkologie
Sonderabrechnungsförmular für die Knappschafts-Vereinbarung Onkologie, Quartale I und II/2008.

- Bitte wenden -

**NEU:
Onkologie-
Vereinbarung mit
der Knappschaft**

**Teilnahme sofort
beantragen**

**Neue SNR
ab sofort**

**Rückwirkende
Abrechnung**

☎ 31003-999

Aus der Onkologievereinbarung mit der Knappschaft ab 01.01.2008

Werden bei der Behandlung von Krebskranken Leistungen erbracht, die in dem Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ) aufgeführt sind, werden sie nach diesem vergütet.

Bei Teilnahme an der Knappschafts-Vereinbarung werden wegen des besonderen Aufwandes dem **onkologisch verantwortlichen Arzt** zusätzlich Pauschalen erstattet, wenn die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen in ihrer Gesamtheit erfüllt worden sind. Die Pauschalen werden außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung gezahlt.

Für ... (es gilt der vollständige Wortlaut der Vereinbarung)	SNR	Pauschale
Durchführung und / oder Koordination aller Maßnahmen gemäß Vereinbarung, bei Behandlung einer Hämoblastose, je Behandlungsfall	86502	51,13 Euro
Durchführung und / oder Koordination aller Maßnahmen gemäß Vereinbarung, bei Behandlung solider Tumoren, je Behandlungsfall	86503	25,56 Euro
Intrakavitäre (...) zytostatische Tumorthherapie, je Behandlungsfall, zusätzl. zu 86502 / 86503	86504	25,56 Euro
Intravasale (...) zytostatische Chemotherapie, je Behandlungsfall, zusätzl. zu 86502 / 86503	86505	255,65 Euro

Bei zytostatischer Therapie ist die Angabe der Diagnose und der Arzneimittel erforderlich.

Bitte zurücksenden an:

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN
Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A,
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 – 667/221, Fax (030) 31003 – 305

Vertragsarztstempel (ggf. Datum der geplanten Niederlassung)
--

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen im Rahmen der onkologischen Versorgung als onkologisch verantwortlicher Arzt gemäß der Onkologie-Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Knappschaft, gültig ab 01.01.2008

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____
(ersatzweise Stempelnummer)

Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt/ Vertragsarzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)

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

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den bei mir/ im MVZ / angestellten Arzt _____
(nicht zutreffendes bitte streichen) (Name des angestellten Arztes)

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
(wenn vorhanden)...

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____

Hiermit beantrage ich, meine Genehmigung zur Teilnahme an der Ersatzkassenvereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung vom 20.06.1995 als onkologisch verantwortlicher Arzt auf die entsprechende Knappschafts-Vereinbarung, gültig ab 01.01.2008, zu erweitern.

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Ich bin einverstanden, dass die Onkologie-Kommission nach vorheriger Anmeldung eine Praxisbesichtigung durchführen kann.

JA NEIN

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung

Bitte zurücksenden an:

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN
Qualitätssicherung zur Weiterleitung an RR
Masurenallee 6 A,
14057 Berlin

Sonder-Abrechnungsvordruck
Nur für Versicherte der Knappschaft
Nur für die Abrechnung von Onkologie-Leistungen gemäß SNR 86502 bis 86505
Nur für Leistungen der Quartale I / 2008 und II / 2008

Diese Daten werden von der KV Berlin für eine Nachvergütung über die Rechnerische Richtigstellung benötigt

Bei zytostatischer Therapie (SNR 86504 bzw. 86505) ist die Angabe der Diagnose und der Arzneimittel erforderlich. Bitte benutzen Sie dafür bedarfsweise jeweils die Leerzeile unter den Patientendaten

Quartal	Patientenname	Geb.Datum	VKNR	Versicherten-Nr.	GOP	an welchem Tag soll die GOP zugesetzt werden
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					
	Ggf. Angabe von Diagnose und Arzneimittel:					

Name des Arztes

Stempelnummer

Datum/Unterschrift