

An alle Fachärztinnen und Fachärzte mit einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung

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

14. Dezember 2011

Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie für Versicherte der AOK Nordost

Sehr geehrte Damen und Herren,

die KV Berlin hat mit der AOK Nordost in Zusammenarbeit mit dem NIO Berlin e.V. **zum 01.12.2011** einen Vertrag geschlossen, der die onkologische Behandlung fördert. Ziel ist die strukturierte Zusammenarbeit verschiedener Akteure in der onkologischen Versorgung. Der dadurch entstehende zeitliche Mehraufwand wird im Rahmen einer Pauschale bei der Bluttransfusion oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten vergütet.

Der Vertrag gilt für Versicherte mit onkologischen Erkrankungen, gemäß § 1 Abs. 2 der Onkologievereinbarung.

Zurzeit gilt der Vertrag **nur für Versicherte der AOK Nordost mit Wohnort in Berlin**. Wir bemühen uns darum, diesen Vertrag auch für Versicherte der AOK Nordost mit anderen Wohnorten geltend zu machen. Sollte dies gelingen, finden Sie die Informationen auf der Liste der Sonderverträge (www.kvberlin.de für die Praxis/Verträge und Recht/ Verträge/ Sonderverträge).

Die Aufgaben aus dem Vertrag sind:

- Bezug der parenteralen Zubereitungen für Versicherte der AOK Nordost ausschließlich von Apotheken, mit denen die AOK Nordost einen Vertrag gemäß § 129 Abs. 5 Satz 3 SGB V hat
- zweckmäßiges Verfahren zur Bestellung und Belieferung von parenteralen Zubereitungen mit den Apotheken
- qualifizierte Beratung der Versicherten der AOK Nordost hinsichtlich der Versorgung durch die in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen
- Bestellungen der parenteralen Zubereitungen auf Abruf unter Beachtung von Wirtschaftlichkeitskriterien
- Verzicht auf Ankreuzen des Aut-idem-Feldes

**ab 01.12.2011
Förderung der
onkologischen
Behandlung
für Versicherte
der AOK Nordost**

**bei
onkologischen
Erkrankungen
gem. § 1 Abs. 2
der Onkologie-
vereinbarung**

**vorerst nur Ver-
sicherte mit
Wohnort Berlin**

**Pflichten aus
Verträgen der
AOK mit Apo-
theken (zu pa-
renteralen Zu-
bereitungen)
müssen erfüllt
werden**

Für den erhöhten zeitlichen Aufwand, der aus den Aufgaben des Vertrages resultiert, insbesondere mit den Apotheken hinsichtlich der parenteralen Zubereitungen, erhält der Arzt für die teilnahmeberechtigten Patienten bei einer **Bluttransfusion oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten einmal je Behandlungstag 40 Euro unter Abrechnung der SNR 99605.**

Zusätzliche Vergütung für erhöhten Aufwand SNR 99605

Teilnehmen können Ärzte, die

- über eine **Genehmigung als besonders qualifizierter Arzt** nach der jeweils gültigen regionalen Onkologievereinbarung verfügen.
- **in Ausnahmefällen:** Fachärzte für Innere Medizin mit Qualifikation als onkologisch qualifizierter Arzt nach der regionalen Onkologievereinbarung und bis zum 30.09.2009 Teilnahme an der „Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie gemäß § 73a SGB V“ (alter Strukturvertrag).

Ihre Teilnahmeerklärung nötig

Sie können ab sofort mit der beigefügten Teilnahmeerklärung Ihre Teilnahme am Vertrag beantragen.

Die Versicherten müssen keine schriftliche Teilnahmeerklärung abgeben. Teilnahmeberechtigt sind Patienten mit einer Erkrankung gemäß § 1 Abs. 2 der Onkologievereinbarung.

Der Vertrag ist z. Z. im Unterschriftenverfahren. Nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens ist er auf der Homepage der KV Berlin zu finden.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

☎ 31003-999

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Vorstandsmitglied

Anlage: Teilnahmeerklärung



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Praxisstempel

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

Teilnahmeerklärung
zur Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen
Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie (Fördervertrag Onkologie) mit der
AOK Nordost
(gültig ab dem 01.12.2011)

Name des Arztes.: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):
(ersatzweise Stempelnummer)

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

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

Ich bin im MVZ bzw. in der Einrichtung angestellter Arzt/Vertragsarzt

(Name des MVZ bzw. der Einrichtung)
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den bei mir/ im MVZ/ in der Einrichtung angestellten Arzt

(Name des angestellten Arztes)
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail-Adresse: _____



Ich beantrage für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme am oben genannten Vertrag. Ich besitze bzw. der angestellte Arzt besitzt

die Genehmigung als onkologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen

oder

als Internist die Genehmigung als onkologisch qualifizierter Arzt gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarung (*Ausnahmefall gem. § 3 Abs. 2 Nr. 1a des Fördervertrages*) und habe bzw. der angestellte Arzt hat bis zum 30.09 2009 bereits an der Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie gemäß § 73a SGB V zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin vom 14.04.2003 teilgenommen (*Ausnahmefall gem. § 3 Abs. 2 Nr. 1b des Fördervertrages*)

und

die Anerkennung als transfusionsermächtigter Arzt bei der Ärztekammer.

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert worden. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist vier Wochen zum Ende Quartals beträgt,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Teilnahme an diesem Vertrag mit Datum des Bescheides beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich genehmigt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin,
- dass mit der Teilnahme an diesem Vertrag die Pflichten in § 4 des Fördervertrages erfüllt werden müssen und
- dass die Teilnahme an diesem Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf.
des ärztlichen Leiters (bei MVZ)